Nr. 3. 20. stycznia 1929. Rok VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

N. GĄSIOROWSKI i H. MEISEL. Lwów.

Dalsze badania nad biologią pałeczek otoczkowych *).

Z Państwowego Zakładu Higjeny Filja we Lwowie.
Kierownik: Doc. Dr. N. Gąsiorowski.

Poprzednie badania nad biologią pałeczek otoczkowych wykonane przez Meisla i Mikulaszka w P. Z. H. we Lwowie wykazały, że dotychczasowy system różnicowania pałeczek otoczkowych opierający się na zachowaniu się ich wobec nalewki lakmusowej, cukru gronowego i mlekowego jest niewystarczający.

W grupie laseczek otoczkowych, nieredukujących nalewki lakmusowej, zakwaszających cukier gronowy bez wytwarzania gazu i nie zmieniających pożywek z cukrem mlekowym, czyli w grupie przyjętej przez Kabelika jako twardzielowej, Meisel i Mikulaszek wyróżniają odmiany biochemicznie i serologicznie zachowujące się odrębnie. Oznaczając zmiany w stężeniu jonów wodorowych, zachodzące w wodzie peptonowej czystej przekonali się, że z pierwotnej t. zw. grupy twardzielowej wyróżnić się dają w przeważającej ilości szczepy alkalizujące do PH 7,7, a obok tego również szczepy niezmieniające względnie zakwaszające wodę peptonową.

Szczepy otoczkowe alkalizujące wodę peptonową udało się wyosobnić już po jednorazowem badaniu w 80% przypadków klinicznie stwierdzonej twardzieli, natomiast na 160 próbek pochodzących z innych schorzeń badania wypadały zawsze ujemnie.

Brak jednolitości w t. zw. grupie twardzielowej potwierdziły odczyny serologiczne z wysokowartościowemi surowicami, otrzymanemi z poszczególnych szczepów. Odczyn wiązania dopełniacza, jak również odczyn zlepny wykonany naprzemian z wieloma surowicami homo- i heterologicznemi wykazał, że wszystkie szczepy alkalizujące wodę peptonową czystą do PH 7,7 tworzą jednolitą grupę serologiczną. Szczepy niezmieniające względnie zakwaszające różnią się seroolgicznie między sobą i nie mają nic wspólnego ze szczepami alkalizującemi wodę peptonową.

Jako dalszy ciąg badań chcemy obecnie przedstawić wyniki serologiczne otrzymane *z 43 surowicami osób dotkniętych twardzielą i 96 surowicami kontrolnemi*, pochodzącemi z innych schorzeń. (Dur brzuszny 9, błonica 3, nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych 2, odra 3, płonica 10, róża 8, zapalenie górnych i dolnych dróg oddechowych 18, promienica 1, gruźlica 2, kiła 18, ozaena 3, dobrotliwe i złośliwe nowotwory 4, bez bliższego rozpoznania 15).

Z surowicami chorych z klinicznem rozpoznaniem twardzieli odczyn wiązania dopełniacza przedstawia się następująco:

a) z 6 szczepami niezmieniającemi nalewki lakmusowej i cukru mlekowego, zakwaszającemi cukier gronowy bez wytwarzania gazu i alkalizującemi wodę peptonową czystą do PH 7,7, jak również z poliwalentnym wywoływaczem przyrządzonym z tych szczepów wynik dodatni w rozcieńczeniu 1/25 — 1/400 dochodzi do 85,8%;

b) z jednym szczepem niezmieniającym nalewki lakmusowej i cukru mlekowego, zakwaszającym cukier gronowy i lekko zakwaszającym wodę peptonową czystą, jak również z 6 szczepami otoczkowemi, zachowującemi się odrębnie wobec pożywek węglowodanowych wynik dodatni i to tylko w rozcieńczeniu 1/10 dochodzi do 3,2%. reszta wypada ujemnie.

Odczyn zlepny wykonany z szczepami, które po dłuższem przeszczepieniu utraciły otoczkę śluzową:

a) z 5 szczepami, niezmieniającemi nalewki lakmusowej i cukru mlekowego, zakwaszającemi cukier gronowy i alkalizującemi wodę peptonową czystą do PH 7,7, jak również z polywalentnym wywoływaczem sporządzonym z tych szczepów wynik dodatni w rozcieńczeniu 1/600 — 1/2000 dochodzi do 85.50%;

b) z 5 szczepami zachowującymi się odrębnie wobec pożywek węglowodanowych wynik dodatni w rozcieńczeniu 1/25 — 1/200 dochodzi do 25.8%, reszta wypada ujemnie.

Z 96 surowicami pochodzącemi z innych schorzeń, z kliniczném wykluczeniem twardzieli *odczyn wiązania dopełniacza* wykonany z tymi samymi jak poprzednio wywoływaczami przeważnie wypadał ujemnie; w nielicznych tylko przypadkach dodatnio i to najwyżej przy rozcieńczeniu surowicy 1/10. Podobnie *odczyn zlepny* dawał wyniki ujemne, w nielicznych tylko przypadkach wynik dodatni w rozcieńczeniu surowicy do 1/200 a z jedną surowicą chorego z rozpoznaniem *przewlekłego zapalenia ucha środkowego* do 1/400, przy równoczesnym ujemnym wyniku Bordet-Gengou.

Nadmienić jeszcze wypada że odczyny WaR i S. G. z wszystkiemi surowicami twardzielowemi wypadły ujemnie, jak również że surowice nietwardzielowe z dodatnim WaR. i S. G. nie dawały dodatniego Bordet-Gengou z żadnym wywoływaczem z grupy otoczkowej.

Opierając się na przedstawionych wynikach dochodzimy do następujących wniosków:

1) Surowice chorych z klinicznem rozpoznaniem twardzieli zachowują się swoiście tylko wobec pałeczek otoczkowych niezmieniających nalewki lakmusowej i cukru mlekowego, fermentujących kwaśno bez gazu cukier gronowy i alkalizujących wodę peptonową czystą do PH 7,7.

2) Wobec wyników z surowicami kontrolnemi, jako swoisty można przyjąć odczyn wiązania dopełniacza począwszy od rozcieńczenia powyżej 1/400.

3) Odczyn wiązania dopełniacza i zlepny z surowicami chorych wzajemnie się uzupełniają, wskutek czego równoczesne wykonanie obu odczynów daje wyniki pewniejsze.

Z całokształtu dotychczasowych badań naszych widzimy, że pałeczki otoczkowe, niezmieniające nalewki lakmusowej i cukru mlekowego, fermentujące kwaśno bez gazu cukier gronowy, alkalizujące wodę peptonową czysta do PH 7.7 daja się wyosobnić tylko przy klinicznie swierdzonej twardzieli a brak ich przy innych schorzeniach, następnie że z wysoko-wartościowemi surowicami tworzą one odrębną grupę serologiczną, a wreszcie tylko z surowicami chorych na twardziel dają odczyny swoiste. Fakta powyższe w myśl postulatów Kocha przemawiałyby za tem, iż drobnoustroje te pozostają w etjologicznym związku z chorobą. Sprawa ostatecznego wyjaśnienia, o ile one same jako takie są przyczyną schorzenia, względnie towarzyszą tylko nieznanemu dotychczas *virus*, wymaga jeszcze dalszych badań skierowanych w kierunku doświadczeń na zwierzętach i epidemjologji.

Piśmiennictwo.

1) N. Gąsiorowski: Polska Gazeta Lekarska 1927, str. 525 tamże piśmiennictwo poprzednie. — 2) H. Meisel i E. Mikulaszek: Polska Gazeta Lekarska 1927, str. 940.

*) Referat zgłoszony na II Zjazd Mikrobiologów i Epidemjologów Polskich.

H. REITEROWSKI i M. KOCEN. Łódź.

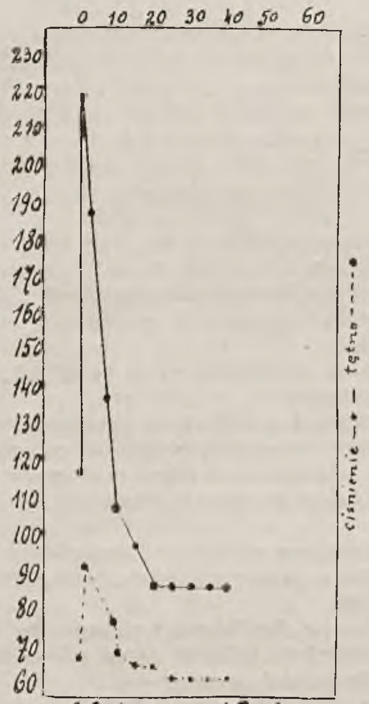
Przyczynek do zachowania się ilościowego wapnia i potasu w surowicy krwi w związku z postaciami klinicznemi suchot płucnych.

Z oddziału wewnętrznego szpitala Poznańskich w Łodzi.

Zagadnienie stosunku suchot płucnych do stanu napięcia układu nerwów roślinnych rozpatrywane było w ciągu lat ostatnich przez szereg autorów. Eppinger i Hess (1) utrzymują, iż chwiejność układu roślinnego zależy od wpływu jadu gruźliczego na układ chromochłonny; nerw współczulny podrażniony pierwotnie w miarę postępu sprawy chorobowej ulega następowemu osłabieniu i wtedy występuje wzmożona czynność antagonisty t. j. nerwu błędnego. Deutsch i Hofmann (2) podzielają zdanie Eppingera i Hessa. Dresel (3) twierdzi, że gruźlica u osobników z przewagą układu nerwu błędnego przebiega pomyślnie. Guth (4) natomiast udowadnia, że w gruźlicy z przewagą spraw wytwórczych występuje sympatykotonja, a w gruźlicy z przewagą spraw wysiękowych — wagotonia. Według S. Sterlinga sympatykotonja jest objawem pomyślnie rokującym w przebiegu suchot płucnych, ponieważ uważa on nadczynność nerwu współczulnego za objaw obronny.

Wobec różnych poglądów wyżej wspomnianych autorów na zachowanie się układu roślinnego w przebiegu suchot płucnych, przystąpiliśmy do badań wyjaśniających stan układu roślinnego

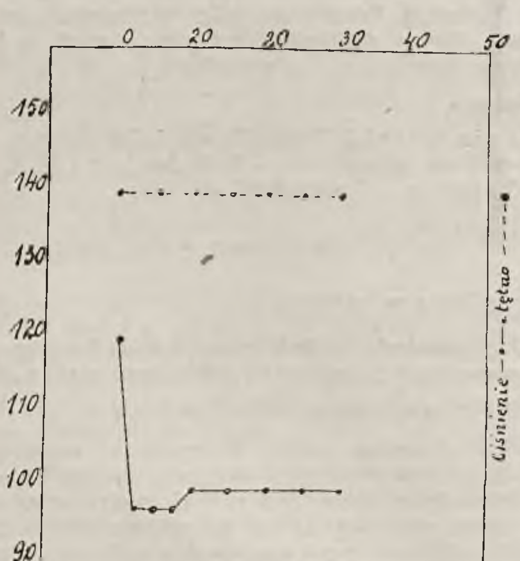
zapomocą próby adrenalinowej. Z licznych badań (Kylin (6) wiemy, iż napięciu układu parasympatycznego towarzyszy zwiększona ilość wapnia we krwi, napięciu układu parasympatycznego zwiększona ilość potasu. Odczyn adrenalinowy, według Kylina, jaknajściślej jest związany z zawartością cieczy międzytkankowej: im więcej mamy wapnia, tem odczyn jest wyraźniej sympa-



Wykres № 1.

tykotoniczny; tam gdzie dużo potasu — wagotoniczny. W myśl tych poglądów określaliśmy w naszych badaniach jeszcze zachowanie się wapnia i potasu w surowicy przed próbą adrenalinową i stosunek ilości potasu do wapnia uważaliśmy jako pewną stałą *K*.

Dla określenia napięcia jednego z nerwów roślinnych w przebiegu suchot płucnych stosowaliśmy podskórnie 1 mg adrenaliny naczczo, badając następnie w okresach 1—2 minutowym zacho-

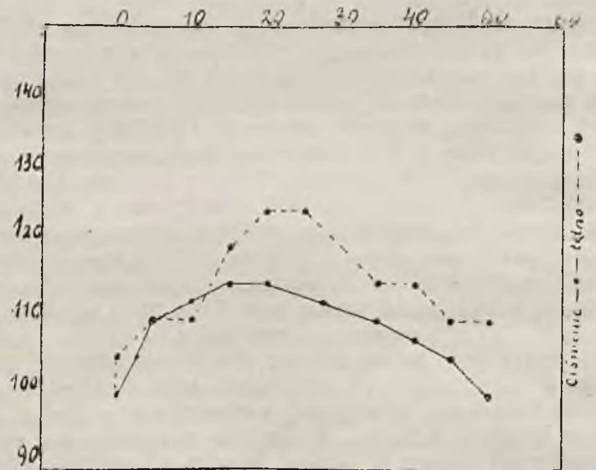


Wykres № 2.

wanie się skurczonego ciśnienia krwi i tętna; zdawaliśmy sobie sprawę, że próba adrenalinowa nie jest w zupełności wystarczającą dla stwierdzenia, jaka część układu roślinnego przeważa u chorego na suchoty płucne i że krzywe parcia poadrenalinowego mają znaczenie przeważnie dla tej części układu roślinnego, która wpływa na krążenie, sądząc jednakże, że próba adrenalinowa, praktycznie łatwo wykonalna, pozwala nam na ocenienie w przybliżeniu zachowania się układów roślinnych w okresie stosowania tej próby. W wynikach swych dalszych nie zaliczamy gruźlika do typu wyłącznie sympatykotonicznego lub wagotonicznego, lecz mówimy, że chory reagował na zastrzyknięcie adrenaliny krzywą sympatykoniczną, wagotoniczną lub normalną. Zwiększenie się parcia krwi w ciągu 10' po zastrzyknięciu adrenaliny do 20 mm Hg i krzywą paraboliczną uważaliśmy za objaw normalny; zwiększenie się ciśnienia powyżej 20 mm Hg uważaliśmy za objaw sympatykotoniczny, a spadek ciśnienia bezpośrednio po zastrzyknięciu za objaw wagotoniczny (8).

Najbardziej charakterystyczne krzywe podajemy na wykresach 1, 2, 3. Pierwsza wybitnie sympatykotoniczna, druga — wagotoniczna, trzecia — normalna; pomiędzy temi krzywemi o rysach typowych znajdywaliśmy cały szereg postaci przejściowych. Wapń określaliśmy metodą de Waard'a; potas metodą Kramer-Tisdalla (metodyka badań według książki ś. p. Doc. Dra Jana Nowaczyńskiego: Mikroskopja i Chemja Kliniczna 1925 r.). Przy określaniu wapnia wprowadzaliśmy pewną modyfikację zalecaną przez niektórych autorów, a mianowicie osad szczawianu wapnia, otrzymywany po trzykrotnem wirowaniu i odlewaniu płynu rozpuszczaliśmy nie w 0,3 cm³ 25% kwasu azotowego wolnego od azotynów lecz w 0,3 cm³ n H_2SO_4.

Jaką normę zawartości wapnia w surowicy krwi uważaliśmy od 10,6 mg % do 12 mg % (przeciętna 11,13 mg %); dla potasu zaś norma od 18—24 mg % (przeciętna 20,7). W myśl poglądów Kylina zwracaliśmy uwagę nietylko na ilości potasu i wapnia we krwi, ale także na stałą *K*, która oznacza stosunek potasu do wapnia. Stała ta normalnie waha się w wielkościch 1,7—2,15 (przeciętna 1,98). Według Kylina w przypadkach gdzie stała *K* była poniżej 1,7 próba adrenalinowa wypadła sympatykotonicznie, gdy zaś *K* powyżej 2,15 — wagotonicznie. Podkreślamy znaczenie tej stałej, w wielu bowiem przypadkach stała ta wobec dużych

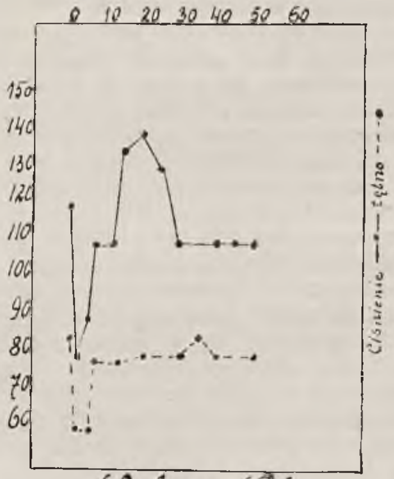


Wykres № 3.

wahań w normalnej zawartości wapnia i potasu we krwi dawała nam cenne dane wyszczególnione w wynikach naszych badań. Badania nasze przeprowadziliśmy na oddziale wewnętrznym szpitala fundacji Poznańskich w Łodzi w 45 przypadkach chorych na suchoty płucne, posługując się przy ich podziale klasyfikacją anatomo-kliniczną. Z 45 przypadków — 21 dotyczyło chorych na *phtisis incipiens; 4 — phtisis declarata stationaris; 3 — phtisis declarata progrediens* i 17 — *phtisis pulmonum consumptiva.*

Wynik naszych badań, jak widzimy z tablic, są następujące: W ogólnej ilości 21 przypadków *phtisis incipiens* otrzymaliśmy krzywą sympatykotoniczną w 8; w 10 normalną; w 1 wagotoniczną; w 1 przypadku chory nie reagował (ciśnienie się nie podniosło) i w 1 krzywą wagotono-sympatykotoniczną (podana na *wykresie 4).* Ilość wapnia w 7 przypadkach była zwiększona ponad normę w pozostałych zaś przypadkach wahała się w granicach normy; w żadnym przypadku nie stwierdzaliśmy cyfry poniżej normy. Ilość zaś potasu w 3 przypadkach była poniżej normy; w pozostałych zaś przypadkach była norma; nie stwierdziliśmy wogóle cyfry powyżej normy. Natomiast stała *K* wahała się w 19 przypadkach w granicach od 1,4 do 1,86. W 1 mieliśmy stałą 2,0; w 1 mieliśmy 2,3. Na 9 przypadków, w których *K* była poniżej 1,7 w 7 krzywa miała charakter sympatykotoniczny; w 2 była normalna. Z 5 przypadków ze stałą 1,7 (dolna granica normy) w 1 otrzymaliśmy krzywą sympatykotoniczną, natomiast w przypadku ze stałą 2,0 krzywą o charakterze wagotonicznym i w przypadku ze stałą 2,3 krzywą wago-sympatykotoniczną. W 4 przypadkach w *phtisis declarata stationaris* otrzymaliśmy krzywe normalne; wapń w 2 przypadkach zwiększony, w 2 wykazał normalną zawar-

tość; potas w 3 ilościach normalny w 1 zmniejszony. Stała wahała się w granicach 1,6 — 1,8. Dane te w pewnym stopniu objaśnić można charakterem wytwórczym zmian w płucach o przewlekłym przebiegu choroby trwającym w okresie badania do 7 lat i wykazującym wysokim OB; w 2 przypadkach równał się on 480'.



Wykres № 4.

Z 3 przypadków *phtisis declarata progrediens* otrzymaliśmy w 1 krzywą normalną, w 1 wagotoniczną w 1 bez odczynu; ilość wapnia w 1 nieznacznie zmniejszona, potasu w 1 zwiększona; pozatem była norma. *K* w granicach 1,8 — 2,19 (stała zbliżona do górnej granicy normy).

TABLICA I.

Phthisis incipiens.

Chory Nr.	Odczyn Biernackiego	Wzrost ciśnienia skurczowego krwi do 10' w mm	Spadek ciśnienia skurczowego krwi do 10' w mm	Krzywa przebiegu ciśnienia	Poziom wapnia	Poziom potasu	Stała K K/Ca
1	180'	0	0	nie reagował	11,2	20,9	1,86
2	155'	10	0	normalna	14,0	21,6	1,5
3	75'	20	0	„	11,8	20,9	1,8
4	400'	0	0	nie reagował	11,5	21,0	1,8
5	248'	20	0	normalna	13,6	22,0	1,6
6	—	100	0	sympatykotoniczna	13.0	18 6	1,4
7	327'	20	0	normalna	14,0	24,0	1,7
8	400'	40	0	sympatykotoniczna	13,0	22,4	1,7
9	—	0	0	nie reagował	13,2	22,5	1,7
10	410'	0	15	wagotoniczna	11,6	23,4	2,0
11	390'	0	0	nie reagował	11,6	21,0	1,8
12	450'	70	0	sympatykotoniczna	11,6	19,2	1,65
13	350'	15	0	normalna	13,0	22,0	1,7
14	0	20	0	„	10,6	18,8	1,8
15	660'	25	0	lekka sympatykotonja	11,8	19,8	1,7
16	385'	50	0	sympatykotonja	10,2	17,0	1,66
17	400'	20	0	normalna	11,8	17,7	1,5
18	520'	50	0	sympatykotonja	11,6	17,7	1,52
19	222'	50	0	„	11,8	19,0	1,6
20	274'	25	0	„	12,0	18,4	1,5

TABLICA II.

Phthisis pulmonum declarata stationaris.

Chory Nr.	Odczyn Biernackiego	Wzrost ciśnienia skurczowego krwi do 10' w mm	Spadek ciśnienia skurczowego krwi do 10' w mm	Krzywa przebiegu ciśnienia	Poziom wapnia	Poziom potasu	Stała K K/Ca
1	65'	15	0	normalna	12,6	21,3	1,7
2	480'	0	0	nie reagował	11,6	18,8	1,6
3	20'	10	0	normalna	11,6	20,8	1,8
4	480'	20	0	„	14,0	23,0	1,65

TABLICA III.

Phthisis pulmonum declarata progrediens.

Chory Nr.	Odczyn Biernackiego	Wzrost ciśnienia skurczowego krwi do 10' w mm	Spadek ciśnienia skurczowego krwi do 10' w mm	Krzywa przebiegu ciśnienia	Poziom wapnia	Poziom potasu	Stała K K/Ca
1	33'	0	0	nie reagował	12,0	26,2	2,19
2	55'	0	10	wagotoniczna	10,2	21,3	2,0
3	450'	5	0	normalna	11,4	20,4	1,8

TABLICA IV.

Phthisis consumptida.

Chory Nr.	Odczyn Biernackiego	Wzrost ciśnienia skurczowego krwi do 10' w mm	Spadek ciśnienia skurczowego krwi do 10' w mm	Krzywa przebiegu ciśnienia	Poziom wapnia	Poziom potasu	Stała K K/Ca
1	30'	10	0	normalna	12,6	25,2	2,0
2	90'	10	0	„	11,8	21,6	1,8
3	24'	0	25	wagotoniczna	9,2	22,3	2,3
4	—	0	5	,	10,2	24,5	2,4
5	10'	10	0	normalna	8,5	18,4	2,15
6	15'	0	0	nie reagował	10,0	23,0	2,3
7	257'	33	0	sympatykotoniczna	10,8	18,1	1,7
8	8'	0	0	nie reagował	11,2	23,0	2,0
9	20'	10	0	normalna	11,6	19,4	1,7
10	20'	10	0	„	12,3	21,4	1,8
11	15'	0	0	nie reagował	11,1	20,4	1,84
12	19'	0	5	wagotonja	10,0	21,0	2,1
13	60'	70	0	sympatykotoniczna	12,5	22,0	1,75
14	30'	20	0	normalna	11,6	22,0	1,87
15	20'	20	0	„	13,2	24,1	1,8
16	60'	55	0	sympatykotoniczna	11,9	18,4	1,55
17	31'	5	0	normalna	10,8	20,9	2,0

W 17 przypadkach *phtisis pulmonum consumptiva* otrzymaliśmy w 4 krzywą wagotoniczną; w 3 sympatykotoniczną, w 10 krzywą normalną; musimy jednak zaznaczyć, że w krzywych normalnych ciśnienie wcale się nie zwiększało po 2—5' lub też co najwyżej zwiększało się o 10 mm (norma jest zwiększona do 20 mm Hg). Poziom wapnia w 1 przypadku stanowiła górna granica normy, w 5 poniżej normy, pozatem norma; poziom potasu w 3 przypadkach zwiększony — w pozostałych był normalny. Stała wahała się w granicach 1,55—2,4 przyczem w przypadku powyżej 2,15 otrzymaliśmy krzywą wagotoniczną; w 3 przypadkach ze stałą 1,7; 1,55, 1,75 były krzywe sympatykotoniczne. Musimy podkreślić że na podstawie wyników badań rentgenologicznych i danych klinicznych przeważały w tych 3 przypadkach zmiany wytwórcze.

Na podstawie powyższych wyników przychodzimy do następujących wniosków:

1) W okresie *phtisis incipiens* chorzy reagują przeważnie normalnie lub też sympatykotonicznie, jednocześnie poziom wapnia waha się w granicach normy, potas zaś wahał się też w granicach normy; w pewnej dość znacznej ilości przypadków przekraczał górną granicę normy, potas zaś wahał się też w granicach normy lub był zmniejszony; stała 1,4—1,86.

2) W okresie *phtisis declarata stationaris i progrediens* krzywa przeważnie miała charakter normalny, a w zachowaniu się potasu, wapnia i stałej *K* odchyleń od normy nie stwierdzaliśmy.

3) W okresie *phtisis pulmonum consumptiva* krzywe miały przeważnie charakter normalny, lecz bez wybitnego wzniesienia ciśnienia skurczowego krwi; otrzymaliśmy też krzywe wagotoniczne i sympatykotoniczne (wyjaśnienie tego podaliśmy wyżej). Wapń wahał się w granicach normy lub też był zmniejszony, potas zaś był w normie lub był zwiększony; stała 1,55—2,4.

4) Badania nasze zgadzają się z poglądami K y l i n a o związku zachodzącym między stałą *K* a odczynem poadrenalinowym. W większości przypadków wykazujących stałą powyżej 2,1 otrzymaliśmy krzywą wagotoniczną, poniżej zaś 1,7 — krzywą sympatykotoniczną.

5) Przy ocenie wyniku badań naszych pamiętać jeszcze musimy, że na zachowanie się krzywej poadrenalinowej wpływa nietylko poziom wapnia i potasu lecz też i inne czynniki, jak: gruczoły wkrewne, stan psychiczny chorych. (K y l i n, D i g o n, G l a s e r).

6) Na podstawie zachowania się krzywej poadrenalinowej, zawartości wapnia, potasu, i stałej K w okresach suchot płuc początkowych możemy wnioskować, iż w tym okresie przeważa układ sympatyczny, a w okresach *phtisis consumptiva* układ sympatyczny znajduje się w stanie wyczerpania, co zgadzałoby się z poglądami Dr. S. S t e r l i n g a.

Piśmiennictwo.

1) E p p i n g e r i H e s s: Die Vagotonie. 1910. — 2) D e u t s c h i H o f f m a n: Wiener Kl. Wochenschrift. 1913. — 3) D r e s e l: Ergebnisse der Medizin. 1922. II. — 4) G u t h: Beiträge zur Klinik der Tuberkulosa. Tom 55, 54. 1923. — 5) S. S t e r l i n g: Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. Tom 4. Zeszyt III. 1926. — 6) K y l i n: Ergebnisse der gesamten Medizin. Tom VII. — 7) D u g e: Beiträge zur Klinik der Tuberculose. Tom 65. Zeszyt I. — 8) K y l i n: Zetschrift für klinische Medizin Tom 103. — 9) K y l i n: Der Gehalt des Blutes an Calcium und Kalium. 1927.

Dr. Jan JANKOWSKI, starszy asystent. Lwów.

Etjologja i patogeneza dychawicy oskrzelowej.

Z II kliniki chorób wewnętrznych U. J. K. Dyrektor: Prof. Dr. R. Rencki

Dokończenie.

Autor odróżnia dwa sposoby reakcji: odczyn przez zetknięcie i odczyn odruchowy (Contact reaction i Reflex — like reaction).

O mechanizmie działania tych bodźców wspominałem już wyżej. Jeżeli uprzytomnimy sobie, że szereg tych fizykalnych bodźców działa w pewnej swej fazie odczynu parasympatikotonicznie, jeżeli zważymy, że niektóre z tych bodźców już u zdrowych działają na tor oddechowy, to nie będzie nas dziwić fakt, że w dalej posuniętych przypadkach bodźce te zawsze działają chorobotwórczo, wywołują duszności a nawet napady, bez względu na pierwotną etjologię tych przypadków, właśnie z powodu wypaczenia mechanizmu odruchowego. Bodziec taki działając na cały ustrój, w pewnej swej fazie działając na cały układ parasympatyczny, przebiega wszystkiemi jego odgałęzieniami, trafiając zaś w płucach na tą utorowaną, choć wypaczoną drogę, przebiega po tej linji najmniejszego oporu i w wyniku sprowadza napad dychawicy. W innych zaś przypadkach bodźce takie działać mogą samoistnie, lecz sprowadzając pewne przesunięcia w systemie wegetatywnym, sprowadzając zwłaszcza trwalszą parasympatikotonję, stwarzają tem samem dogodne warunki dla zadziałania innych chorobotwórczych bodźców, które nieraz znowu same przez się nie byłyby zdolne wywoływać patologicznego efektu.

Z bodźców wchodzących tu w grę, mamy przedewszystkiem temperaturę. Widzimy, że n. p. upały letnie sprowadzają dłuższo trwałą parasympatikotonję. Na zmiany w temperaturze, zwłaszcza gwałtowne reaguje cały układ roślinny. Szybko po sobie następujące zmiany w temperaturze mogą przyczynić się do wyczerpywania równowagi wegetatywnej, zwłaszcza przy wzmożonej wilgotności powietrza, gdy ustrój łatwo traci ciepło i staje się wrażliwszy na te zmiany. Z drugiej strony bodźce te działają na stan całego aparatu naczynioruchowego, a nadto usposabiają do katarów dróg oddechowych. Zresztą wiemy, że nagłe oziębienie wpływa nawet u zdrowych w charakterystyczny sposób na tor oddechowy. Nic więc dziwnego, że prawie każdy astmatyk jest na bodziec ten bardzo wrażliwy, że w porach roku takich, jak n. p. jesień, prawie każdy chory na dychawicę oskrzelową czuje się znacznie gorzej.

Drugim czynnikiem niezmiernie ważnym są zmiany w ciśnieniu barometrycznem i wiatry. Wiemy, jak na każdego z nas działa przygnębiająco, osłabiająco, wyczerpująco, n. p. zniżka barometryczna, wywołuje nawet czasem objawy silne przejściowej parasympatikozy. Obserwowałem n. p. niejednokrotnie wymioty przed burzą wietrzną. Wiemy, jak działają nietylko na chorych, ale i na zdrowych n. p. wiatry halne w Zakopanem, powodują nawet u ludzi mało wrażliwych silny rozstrój nerwowy, podniecenie, zaburzenia równowagi wegetatywnej, nawet dość znaczne podwyżki ciepłoty. Nic więc dziwnego, że ogromny a fatalny wpływ tych czynników tutaj jest kwestją wprost codziennych kardynalnych spostrzegań. Ważnem jest dla terapji, dla wyboru odpowiedniego klimatu, odpowiedniego miejsca, do którego by się chory miał udać, czy to na czas pewien celem leczenia klimatycznego, czy na stałe.

Ważnemi okazały się również bodźce świetlne. Wchodzą tu w grę przedewszystkiem promienie fjołkowe i pozafjołkowe światła słonecznego. Czy mamy tu do czynienia z działaniem pewnych ciał powstałych miejscowo w skórze, w odczynie tejże na chemiczne działanie tych promieni (contact reaction), czy odczynem ogólnie odruchowym, trudno orzec. Prawdopodobnie mechanizm odczynu w każdym przypadku nie jest jednakowy. Działanie tych promieni na ustrój nawet zdrowy, znany jest każdemu. Wiemy, że hiperinsolacja sprowadza t. zw. udar, w swych objawach bardzo podobny do wstrząsu anafilaktycznego. Nic więc dziwnego, że i tu wpływ jest duży i to prawie zawsze ujemny. Leczenie lampą kwarcową jest właśnie leczeniem bodźców minimalnych, regularnie się powtarzających. Ciekawe są przypadki gdzie właśnie ten bodziec przybiera charakter bodźca specyficznego. Obserwowałem jeden przypadek dychawicy oskrzelowej dotyczący kobiety w średnim wieku, u której pierwszy napad wystąpił po nadmiernej kąpieli słonecznej. Odtąd każda insolacja wywoływała napad, jakkolwiek trzeba przyznać, że bodziec ten nie był jedynym wywołującym napady w tym przypadku. Przy leczeniu lampą kwarcową nawet subminimalnemi dawkami występowały gwałtowne napady, stałe uczucia duszności, które trwało dni szereg nawet po przerwaniu leczenia naświetleniami promieniami lampy kwarcowej. Leczenie odczulające nie dało najmniejszego efektu, podobnie zresztą jak w przypadkach pokrzywki, opisywanych przez D u k e. Nadto obserwowałem jeden przypadek pokrzywki, gdzie insolacja wywoływała natychmiast objawy chorobowe.

7) Wpływ bodźców duchowych na dychawicę oskrzelową jest tak wybitny, tak rzucający się w oczy, że istnienie jego nie ulega najmniejszej duskusji. Wpływ sfery psychicznej układu nerwowego centralnego na cały szereg procesów biologicznych, na mechanizm zdrowienia nawet w każdym przypadku, znany jest przedewszystkiem z badań i prac S o c h a ń s k i e g o. Jeżeli stan układu nerwowego centralnego jest bardzo ważny dla każdego ustroju, w każdej sprawie chorobowej, to tutaj wpływ ten jest znacznie dalej sięgającym w samą istotę schorzenia. Już wyżej wspominałem o wpływie wzruszeń duchowych na równowagę wegetatywną. Jest rzeczą bardzo często spostrzeganą, że silniejsze wzruszenia mogą wywoływać natychmiast napady, jak np. gniew, przerażenie, czasem nawet afekty płciowe. Wiemy co może zdziałać nieraz czysta suggestja i autosuggestja, jak może ona wpływać nawet na dość odległe sprawy, że wspomnę o tak szeroko obecnie dysputowanej sprawie leczenia brodawek suggestją. Tu nieraz spostrzegałem jak sam lęk przed występowaniem objawów sprowadzał objawy allergiczne, n. p. dusznicę oskrzelową, lub występowanie pokrzywki. Zdarza się np. nieraz spostrzegać chorych cier-

piących na chroniczną pokrzywkę, którzy dostają objawów wtedy, kiedy im specjalnie zależy żeby od nich byli wolni, n. p. gdy się wybierają na zebranie towarzystkie.

Drugim momentem tutaj bardzo ważnym jest suma procesów psychicznych afektywno-asocjacyjnych, zwana nastrojem. Zwłaszcza nastrój przygnębienia, zgorzknienia przez swój parasympatikotoniczny charakter działa tu ujemnie. Nastrój taki trwając czas dłuższy może działać sam przez się, lub stwarzać warunki do zadziałania innych bodźców.

Trzecim wreszcie czynnikiem psychicznym jest działanie wrażeń i wyobrażeń. Znamy z fizjologji, że w procesach odruchowo przebiegających, jeśli wespół ze zwykłym fizjologicznym bodźcem będzie się powtarzać szereg razy to samo wrażenie n. p. słuchowe czy wzrokowe, to po pewnym czasie to wrażenie, ten błysk światła czy dźwięk będzie wywoływać ten sam proces. Podobnie sprawa ma się i tutaj. Pewne wrażenie nawet luźno tylko przez spółczesność związane z bodźcem wywołującym napady, może potem zastępować pierwotną przyczynę. Wspominałem już raz o opisywanym przypadku dotyczącym małego dziecka, które reagowało wymiotami i ogólnymi objawami allergicznymi na podanie mleka. Otóż po pewnym czasie dziecko ile razy tylko zobaczyło mleko dostawało wymiotów. Matka wobec tego zasłaniała okna aby dziecko nie widziało pokarmu. Odtąd przy każdem zasłanianiu okna dziecko dostawało wymiotów. Podobnie obserwowano przypadki astmy, gdzie chorzy ci na widok pewnych osób, które im przypominały ciężkie chwile, lub wprost napady, dostawali napadu.

Dalej mamy działanie wyobrażeń. Wiemy, z życia, że sama myśl o rzeczy której nie znosimy budzi w nas wstręt. Także i samo wyobrażenie czynika wywołującego napady może w przypadkach dalej posuniętych wywołać napad.

Ośrodki układu nerwowego roślinnego są bardzo ściśle związane z układem korowym, dlatego nie może nas dziwić fakt, że cały szereg procesów assocjacyjnych, przebiegających w korze mózgowej odbija się na centrach wegetatywnych a przez nie na organach obwodowych tegoż układu. Musimy sobie uprzytomnić, że w życiu psychicznem pewne wyobrażenia wywołują inne, następują całe łańcuchy asocjacyjne, które wreszcie mogą prowadzić do jakiegoś wspomnienia lub wyobrażenia rzeczy tutaj szkodliwych. O ile pewne łańcuchy asocjacyjne prowadzące do szkodliwych wyobrażeń będą się częściej powtarzać, to znowu punkt wyjścia tych asocjacji będzie mógł dawać wprost lub na uproszczonej drodze efekt patologiczny. Tak więc w daleko posuniętych przypadkach możemy mieć taki zawiły splot poszczególnych przyczyn psychicznych, że już rozwikłać tego nie podobna.

Jak z jednej strony czynniki te wrażeń i wyobrażeń dawały nieraz wyniki ujemne, to z drugiej strony można bardzo często spostrzegać, że pewna grupa wyobrażeń i wrażeń wywiera dodatni wpływ, suggestywny. Tak n. p. u jednej z naszych chorych cierpiącej na silną dychawicę oskrzelową, pozostawienie przy łóżku przygotowanej do zastrzyku wstrzykawki i ampułki astmolizyny uwalniało ją od nocnych napadów. Uspokojenie i pewność natychmiastowej pomocy, wspomnienie energicznie działającego środka, działało tutaj suggestywnie bardzo dodatnio. Jak wielka jest siła tych czynników w niektórych przypadkach, mogliśmy obserwować u innej chorej, która wyobraziła sobie, że każda injekcja jej szkodzi, odtąd nawet zastrzyk morfiny, jakoteż astmolizyny był prawie bezskuteczny a sam widok wstrzykawki sprowadzał odrazu znaczne pogorszenie. Pouczający również przypadek opisuje S i c k e r. Dotyczył on chorego cierpiącego na silną dychawicę oskrzelową. Chory ten ilekroć słuchał koncertu czuł nieco duszności wskutek wzruszenia, ale dostawał specjalnie bardzo silnych napadów po wysłuchaniu tylko: kwartetu Schumanna, oratorjum Haendla i symfonji Bethowena. Siła napadu miała być w miarę odniesionego wrażenia estetycznego. Wogóle działanie czynników psychicznych może sprawiać bardzo ciekawe niespodzianki.

Oprócz tych czynników psychicznych, pochodzących ze świadomości, może niewątpliwie wywierać wpływ wiele procesów przebiegających w poświadomości. Rozumowanie jednak na ten temat zaprowadziłoby nas zbyt daleko do ścisłej psychoanalizy. W dobie, kiedy teorję Freuda usiłowano bezkrytycznie zbyt szeroko zastosowywać, starał się C o s t a odnieść dychawicę oskrzelową do przyczyn psychoseksualnych. Teorji tej jednak nie można zbyt ogólnie stosować, dlatego też i myśl Costy musiała upaść.

Co do wagi jaką tym czynnikom psychicznym należy przypisać, to sprawa ma się tutaj tak, jak wogóle ze wszystkimi czynnikami etjologicznymi przy astmie. W pewnych przypadkach już z góry odgrywają one ważną rolę. Zazwyczaj jednak dopiero z biegiem czasu czynniki te wysuwają się na plan pierwszy, nieraz wogóle opanowują obraz. W innych natomiast przypadkach ledwo się ich doszukać można, prawie zawsze są one jednak zaznaczone. Dlatego też różni autorowie tak różne wypowiadają zdania i tak M o r a w i t z, S c h u l z, R e i c h m a n n, uważają dychawicę oskrzelową za nerwicę polegającą na konstytucjonalnej psychopatji. O psychogennej astmie mówi również M o o s. Dużą, wagę do czynników psychicznych przywiązuje B r ü g e l m a n n, S a e n g e r zaś idzie tak daleko, że uważa astmę za nerwicę strachu. Inni autorowie czynnikom tym nie oddają pierwszego miejsca, lub wogóle je nieco lekceważą, ale już dziwnem wydaje się zdanie S t o r m a van L e e u w e n, który wręcz odmawiał tym czynnikom znaczenia i wyraża się z przekąsem porównując działanie tych czynników na dychawicę do działania n. p. strachu na ból zęba u kogoś, który już się wybiera do dentysty, lecz z samego strachu przed operacją ząb przestaje boleć, mimo, że przecież przyczyną bolu była tutaj próchnica zęba a nie wrażenie psychiczne. Przyznać trzeba, że jeszcze do niedawna djagnozą „asthma nervosum" szafowano zbyt hojnie i niejeden już chory n. p. na formę allergiczną całe życie cierpiał pod tem niewłaściwem piętnem, zupełnie niepotrzebnie, gdyż zastosowanie odpowiedniego leczenia dałoby znaczną poprawę. Z drugiej jednak strony wpływ czynników psychicznych jest zbyt widocznym a nawet zbyt istotnym, nawet w każdym przypadku, że trudno się zgodzić z ostrem zdaniem holenderskiego badacza. W niektórych nawet przypadkach czynniki te wysuwają się tak wyłącznie na plan pierwszy, tak opanowują całą etjologię, a dalej psychoterapja względnie leczenie usuwaniem trosk i innych bodźców psychicznych daje takie dobre rezultaty nieraz, że naprawdę nie możemy tak apodyktycznie twierdzić, że „asthma nervosum" nie istnieje.

Przy omawianiu bodźców duchowych musimy podnieść jeszcze jedno zjawisko, z którem bardzo często będziemy się spotykać w lekarskiej praktyce, zwłaszcza ci lekarze, którzy pracują w szpitalach, kasie chorych i innych instytucjach opieki społecznej, — pewne objawy, które zauważyliśmy u paru naszych chorych. A mianowicie chorzy, którzy leczą się czas dłuższy, tracą wiarę w możliwość wyleczenia stałego, nawet gdyby przez szereg miesięcy byli wolni od napadów. I dlatego chorzy tacy póki są pod stałą opieką lekarską czują się dobrze, lecz gdy im się powie, że muszą wracać do domu występuje u nich lęk, że po po powrocie wystąpią znowu napady, lęk ten jest czasem tak silny, że jeszcze przed odejściem do domu może sprowadzić napad. Jeszcze charakterystyczniejszy jest inny proces, a mianowicie chorzy ci tak się zżywają z beztroskiem życiem w szpitalu, że możliwość powrotu do życia, do ciężkich nieraz warunków, do pracy, do szeregu trosk, budzi w nich łatwo zrozumiały lęk. Chorzy tacy świadomie czy podświadomie poczynają życzyć sobie, aby choroba nie ustąpiła, zwłaszcza, gdy ona nie była zbyt dokuczliwa i na tem tle u chorych takich, gdy się im tylko powie o powrocie do domu, napady wracają i to nieraz bardzo silne, faktycznie nieudawane. Fakt ten tak bardzo przypomina, niesłychanie często spostrzegane w czasie wojny występowanie t. zw. nerwic zamiarowych, „Intentionsneurose", jako wyraz gwałtownego pragnienia uwolnienia się z frontu. Tu lekarz jest nieraz w trudnem położeniu. Chorych takich absolutnie nie można uważać za symulantów, z drugiej jednak strony pewna chwiejność i miękkość lekarza bezwarunkowo nie prowadzi do celu. Wchodzimy tu w całe błędne koło, przyczyn i skutków. Sądzę jednak, że potrzebna jest tutaj pewna bezwzględność. Dopiero gdy po wydaleniu przez czas dłuższy objawy nie ustępowały, należy ingerować na nowo.

D y c h a w i c a o d r u c h o w a. Tutaj muszę zaznaczyć, że czynnik odruchowy właściwie w każdym przypadku dychawicy jest czynny. Tu jednak chodzi mi tylko o te przypadki, gdzie dychawica występuje jako patologiczny odruch na drodze nerwowej, do którego daje przyczynę jakiś chroniczny proces chorobowy toczący się w innych narządach. Obecnie wiemy, że nawet w odległych narządach takie odruchy mogą istnieć. Związek, jaki istnieje między sprawami toczącemi się w błonie śluzowej nosa, a stanem płuc, zwłaszcza przy dychawicy, znany był pobieżnie od dawna, ale dopiero baczniejszą uwagę zwrócono od doniesienia V o l t o l i n i'e g o, któremu udało się wyleczyć chorych z dychawicy oskrzelowej przez usunięcie polipów nosowych. Doniesienie to wzbudziło łatwo zrozumiały entuzjazm, który doszedł do szczytu w latach 80-tych zeszłego stulecia, kiedy to H a c k przeprowadzał operacje na błonie śluzowej nosa, nietylko u ludzi z jakiemiś zmianami w nosie, lecz nawet i takich, u których tych zmian nie było. Całą sprawę dychawicy uważano za sprawę patologicznego odruchu, którego punkt wyjścia miał leżeć w błonie śluzowej nosa. Przez zniszczenie tych punktów spodziewano się uzyskać przyczynowe wyleczenie. Jak początkowo z bezkrytycznym entuzjazmem odnoszono się do tej sprawy, tak później, gdy okazało się, że w tak wielu przypadkach ta sprawa po pewnym czasie zawodzi, zrażono się całkiem i znowu poczęto nieraz zanadto

ten moment sobie lekceważyć i zaniedbywać. Jednak jeszcze w 1910 r. Brügelmann mówi o „asthmogennych punktach“, które najczęściej leżą w błonie śluzowej nosa, znacznie rzadziej gardła, krtani i dolnych dróg oddechowych, po usunięciu tych punktów można uzyskać poprawę. Kiljan natomiast mówi o rozlanej nadczułości błony śluzowej. Rozważając tę kwestję przypomnieć musimy sobie, że między błoną śluzową nosa a muskulaturą dalszych dróg oddechowych istnieje mechanizm odruchowy, tak, iż gdy do nosa dostanie się jakieś ciało szkodliwe n. p. gaz drażniący, to już w dalszych drogach a także w oskrzelach następuje skurcz, który ma na celu niedopuszczenie gazu tego dalej. Otóż zachodzi teraz pytanie, czy przy dychawicy oskrzelowej nie działa taki pierwotnie obronny tutaj jednak może wykolejony mechanizm skurczu, który stara się niedopuścić do płuc a temsamem dalej do organizmu substancji szkodliwych, czy to pierwotnie toksycznych, czy antygenów.

Z praktycznej strony rzecz biorąc musimy podnieść, że nieomal w 90% badanych przypadków można wykazać zawsze większe lub mniejsze zmiany w błonie śluzowej nosa. Na pierwszy plan wysuwają się polipy, i przerost dolnej muszli taki, że ta dotyka do przegrody nosowej. Czynnik ten, jak zresztą wszystkie inne czynniki odgrywają bardzo ważną rolę tylko w pewnej ilości przypadków, w innych rolę dopiero drugorzędną, w pewnych zaś wogóle nieznaczną. W każdym razie wskazanie do zabiegu istnieje zawsze, choćby z tego względu, że te zmiany same przez się są patologiczne. A nadto brak efektu bezpośrednio po operacji nie przemawia jeszcze zatem, że zmiany owe nie miały zupełnie żadnego wpływu na dychawicę oskrzelową. W przypadkach, gdzie oprócz tego momentu i szereg innych brał udział po usunięciu jednego czynnika, poprawy spodziewać się nie możemy, a jednak wszystkie czynniki usunąć musimy a więc między innemi i ten odruchowy, gdyż bez tego wyleczenia nie uzyskamy.

Przy dokładniejszem spostrzeganiu przypadków omawianych zauważamy, że nie tylko zmiany w nosie, lecz i w innych organach mogą być powodem dychawicy. Chełmoński zwraca uwagę na gruczoły około oskrzelowe, których powiększenie, według niego, prawie zawsze wykazać można rentgenologicznie w przypadkach dychawicy. Gruczoły te mogą uciskać na gałązki nerwu błędnego i wpływ ich na omawianą sprawę staje się tem prawdopodobniejszy. Według naszych badań powiększenie gruczołów około oskrzelowych spotyka się tu często, jednakowoż nie jest ono tak znaczne, abyśmy znaczenie tych zmian mieli przeceniać. Morawitz zwraca uwagę, że długotrwałe katary oskrzelowe mogą dawać przyczynę do napadów.

Przewód pokarmowy również może odgrywać tutaj pewną rolę. Henoch opisuje przypadki, które nazywa „asthma dyspepticum“. Otóż tutaj musimy podnieść, że według naszych spostrzeżeń u wielu chorych występowały pewne objawy dyspeptyczne, przedewszystkiem o charakterze nadkwasoty żołądka. Badania treści żołądkowej w szeregu przypadków wykazało rzeczywiście zwiększenie ogólnej kwasoty i ilości wolnego kwasu solnego. Objawy te jednak należy sobie tłumaczyć raczej ogólną parasympatikotonją, która odbija się w ten sposób i na przewodzie pokarmowym, nietylko na płucach dając astmę. Byłyby więc te dwa schorzenia współrzędne na tle wspólnem, a nie należy uważać dychawicę za skutek dyspepsji. To samo tło mają i inne objawy, tu tak często spotykane a mianowicie chroniczne zaparcie stolca. Też należy to odnieść do ogólnej wagotonji, i stanów spastycznych, występujących w jelitach na tem właśnie tle. Nieraz jednak daje się spostrzegać fakt, że chorzy ci gorzej się mają przy zaparciu. Zachodzi teraz pytanie, czy nie mamy tutaj do czynienia także z pewnem działaniem toksyn wchłanianych z jelita grubego przy zaleganiu kału, a nie tylko z czynnikami odruchowemi. Ebstein i Ziesler opisują nawet przypadek wyleczenia dychawicy po usunięciu zaparcia stolca.

Według autorów amerykańskich także sprawy toczące się w woreczku żółciowym, jakoteż w wyrostku robaczkowym mogą nieraz dawać punkt wyjścia dla odruchów dychawicy. Widziano nawet wyleczenie dychawicy po usunięciu różnych spraw tam się toczących. Czy mamy tu do czynienia tylko z odruchem, czy też z działaniem wchłanianych toksyn zapalnych, trudno określić. W każdym razie w praktyce na te sprawy musimy zawsze zwrócić uwagę.

Należy się jeszcze liczyć z możliwością działania pewnych jadów, jak histamina lub jej podobnych innych jadów działających parasympatikotonicznie, a które mogą powstawać w samym organiźmie. Powstawać one mogą z rozpadu białka wzgl. z rozpadu lipoidu, jak n. p. cholina, tak silnie wagotonicznie działająca. Jeszcze silniejszym jadem od niej jest jej pochodna acetylocholina, która jakkolwiek nie jest spotykana w organiźmie, to jednak pojawiać się może przejściowo na chwilę krótką, lecz do zadziałania wystarczającą, coby zresztą nawet się zgadzało z napadowym charakterem dychawicy. Cały szereg tych jadów czy też t. zw. serotoksyn, które wiążą się z pojęciem anafilaksji, mogą też występować samoistnie, i na własną rękę wywierać działanie. Co do mechanizmu działania tych jadów, dodać należy, że jakkolwiek działają one także na izolowane mięśnie gładkie, to jednak zdają się działać one głównie na zakończenia nerwowe. Co do miejsca powstawania tych jadów, to na pierwszy plan występuje naturalnie przewód pokarmowy, gdzie stale nawet w warunkach normalnych jady te powstają przy normalnem trawienu białka. Otóż jeśli n. p. trawienie jest nieprawidłowe, jeżeli czas dłuższy zatrzymuje się na tym toksycznym okresie rozpadu białka, że zwiększa się jej przepuszczalność, a z drugiej strony wiązanie tych jadów przez wątrobę jest upośledzone, tak, że produkty te mogą przenikać do krwi, mogą w takim przypadku zadziałać także na narządy specjalnie predysponowane, jak w tym przypadku płuca. A dalej przy zaleganiu dłuższem w jelicie grubem mogą przenikać do krwi pewne ciała toksyczne w tym przypadku już z ominięciem wątroby. I rzeczywiście w praktyce spotykamy się tak często z tem, że zaparcie przewlekłe stolca wpływa bardzo ujemnie na stan tych chorych. Kwestja tak zwanej enterointoksykacji była swojego czasu bardzo obszernie dyskutowana, przypisywano temu zatruciu wiele spraw może zbyt odległych i nie związanych z niem i dlatego po pewnym czasie znowu do tej kwestji zrażono się i to przyznać trzeba, wielka szkoda. Nie wchodząc zbyt głęboko w kwestje teoretyczne tej sprawy, w praktyce zawsze zwrócić musimy uwagę na stan przewodu pokarmowego u tych chorych i ewent. niedokładności starać się zawsze wyrównać. Dalej miejscem wytwarzania się tych jadów mogą być jeszcze stare ogniska zapalne, na co zwracają uwagę autorowie amerykańscy.

Wreszcie pozostało jako źródło tych jadów drobnoustroje w drogach oddechowych, które tam wtargnęły dając ostry proces, względnie tam stale pasożytujące. Stosunek bakterji do dychawicy oddawna zwracał na siebie uwagę różnych badaczy. Większość jednakże autorów rozpatruje ten stosunek z punktu widzenia anafilaksji. Zapatrywaniu temu nie można odmówić pewnej racji. Z drugiej jednak strony powinniśmy dążyć do jaknajprostszego wytłumaczenia tej kwestji. Nie możemy zapominać, że bakterje wydzielają cały szereg substancyj pierwotnie toksycznych. Nie jest wykluczone, że raczej właśnie te substancje mogą tutaj zadziałać, tembardziej, że wytwarzają się wprost na miejscu. Możliwe, że są to pewne substancje powstałe również z pewnego rozkładu białka, podobne do histaminy. Bardzo ciekawe są pod tym względem badania Koesslera, który odkrył, że cały szereg bakteryj wydziela pewne jady, które powodują w eksperymencie skurcz oskrzeli, nawet na płucach izolowanych. Nawet drobnoustroje w drogach oddechowych pasożytujące stale, jady takie wytwarzać mogą, jak np. pewne typy pneumokoków (I i II). Trzeba jednak zaznaczyć, że pod tym względem istnieją duże różnice między pojedynczemi szczepami. Tutaj więc mielibyśmy do czynienia z tak często spotykana u nas formą dychawicy oskrzelowej występującą po ostrych katarach dróg oddechowych a więc po infekcjach kataralnych. Przeciw ścisłemu łączeniu działania bakterji na dychawicę oskrzelową z pojęciem anafilaksji przemawia do pewnego stopnia fakt bardzo często u nas spotykany, że w bardzo krótki czas po infekcji występują już objawy dychawicy znacznie wcześniej niżby ubiegł czas inkubacji do wytworzenia się anafilaksji potrzebny. Skoro zresztą widzieliśmy, że drobnoustroje kataralne mogą wytwarzać jady podobne do histaminy, czemuż mielibyśmy się uciekać aż do pojęcia anafilaksji. Stosując bardzo rozległe leczenie szczepionkami, raz tylko obserwowaliśmy występywanie duszności po zbyt wysokich dawkach szczepionki. A więc tylko w tym przypadku moment anafilaksji należałoby ewent. przyjąć. W innych przypadkach nawet po dość dużej dawce szczepionki, duszność nie występowała. Występowała natomiast tylko goraczka. Widzimy więc tutaj, jak w różny sposób nieraz ustrój może reagować na ciała, których nie znosi, do których ma wyrobiony odmienny mechanizm oddziaływania (allergia). Wobec tego jednak, że płuca nie reagowały napadem astmy na białko zabitych bakteryj, więc uczulenia tychże płuc na te białka bakteryjne przyjąć nie można Badanie przy pomocy prób skórnych nad własnościami antygenicznemi różnych szczepów bakteryjnych u różnych autorów, dały różne wyniki. Jedni podają, że próby dodatnie występują tu bardzo rzadko, inni natomiast podają cały szereg rozmaitych gatunków bakteryj, które według nich bardzo często dają uczulenie. Ta rozbieżność zdań spowodowana jest faktem, że ciało bakteryjne zawiera substancje, które drażnią w wysokim stopniu skórę powodując reakcje, która pozornie wygląda, jak wybitnie dodatnia. Do dokładnych wyników możnaby było dojść sporządzając cały szereg dużych rozcieńczeń tych ciał bakteryjnych i następnie u każdego chorego porównywać próby uzyskane z temi

roztworami, z próbami uzyskanemi z innemi szczepami. Droga dość długa, żmudna i zawiła, a także niezbyt dokładna. Rozcieńczeń do prób używamy tu mniej więcej 1/1000 do 1/10.000. Z drugiej strony należy skontrolować czy te same roztwory i na skórze innych osobników przypuszczalnie zdrowych, nie wywołują żadnej reakcji. Dopiero w ten sposób uzyskane dane mogą dać jakie takie podstawy do dalszych rozważań.

Naogół więc wziąwszy należy tu przyjąć wprost działanie tych jadów, lokalnie, na miejscu bezpośrednio na mięśnie oskrzeli i błonę śluzową, względnie co prawdopodobniejsze za pośrednictwem zakończeń nerwowych.

Sprawa działania jadów i działania bakteryj wogóle łączy się jak już wyżej wspomniałem, bardzo ściśle z grupą przypadków, a mianowicie z grupą przypadków dychawicy oskrzelowej występującej po infekcji kataralnej. Oto większość obserwowanych u nas przypadków podaje dokładnie, że pierwsze napady występowały po tak zw. przeziębieniu, po ostrych a także chronicznych nieżytach dróg oddechowych. A nadto chorzy ci podają, że każde następowe pogorszenie się stanu chorobowego, częstsze występywanie pozostaje zawsze (nieraz li tylko jedynie) w związku z owemi przeziębieniami następowemi. Tak więc związek etjologiczny między temi infekcjami kataralnemi a dychawicą oskrzelową w pewnej grupie przypadków, nie ulega najmniejszej kwestji. Jaki jest tu mechanizm działania, trudno orzec odrazu. Czy mamy tu do czynienia z mechanizmem drażniącym błonę śluzową i wywoływaniem dychawicy oskrzelowej na drodze odruchowej, czy dysponują tylko do występowania napadów po innych bodźcach? Niewątpliwie i ten moment odgrywa tu pewną rolę. Ale u astmatyków spotykamy się z objawami kataralnemi wtórnemi, które trwają przewlocznie, a nasilenie ich zupełnie nie jest współmierne z dusznością i z napadami. A znowu widzimy, że specjalnie niektóre infekcje kataralne, nie zawsze te, które obfitą wywołują wydzielinę mają tu specjalną predylekcję do wywoływania napadów. Ze wszystkich takich infekcji chciałbym specjalną uwagę zwrócić na infekcję grypową, gdyż jak nasze doświadczenia pouczają, grypa zawsze w każdym przypadku, nawet bez względu na pierwotną etjologię danej dychawicy wywołuje bardzo znaczne pogorszenie. I co ciekawsze tak już odrazu w czasie gorączki, jak i na dłuższy czas po ustąpieniu objawów samej grypy, mimo starego a tak znanego lekarzom zdania: „febris tollit asthmam". Jaki jest mechanizm działania tej infekcji trudno określić. Wobec tak szybkiego pogorszenia występującego po infekcji, wobec tego, że ta infekcja działa ujemnie w każdym przypadku bez względu na pierwotną etjologję, należałoby raczej przyjąć działanie pierwotnie toksyczne, w każdym razie nie anafilaktyczne. Czy to działanie jednak jest bezpośrednie wprost na mięśnie oskrzeli, czy jad grypowy działając allergicznie na cały ustrój powoduje tylko częściowo zmiany w płucach specjalnie predysponowanych, trudno określić. Za allergicznem działaniem na cały ustrój przemawia postać schorzenia, rozlane bóle stawowe i mięśniowe. Czy więc działanie tych jadów polega tylko na sprowadzeniu ogólnej nierównowagi wegetatywnej, a płuca dopiero wtórnie reagują, trudno określić. Pomijając jednak stronę teoretyczną tej sprawy, ze strony praktycznej z całym naciskiem podnieść muszę, że infekcja grypowa jest specjalnie szkodliwa i że powinniśmy chorego zawsze przed nią jak najskrupulatniej ochraniać, gdyż może ona zepsuć nam całe długotrwałe leczenie.

Tak obserwowaliśmy chorego P. K., który cierpiał od dawna na dychawicę oskrzelową. U chorego tego badania nasze wykryły szereg momentów etjologicznych, między któremi dużą rolę odgrywało uczulenie na kurz domowy. Chory przyjęty w stanie bardzo ciężkim, przez dłuższy czas okazywał stałą duszność i silne napady. Po dłuższem leczeniu skombinowanem, farmakologicznem i swoistem udało się u chorego tego uzyskać bardzo znaczną poprawę. Chory, który przedtem prawie ani jednego dnia nie miał spokojnego, a nawet w okresie kiedy czuł się stosunkowo najlepiej miewał napady najmniej jeden na tydzień, po leczeniu przez okres 3-ch miesięcy był zupełnie bez napadu. Wrócił do domu, i nawet tam czuł się stosunkowo dobrze. Dopiero kiedy nagle zapadł na grypę wśród gorączki, bólów głowy, bólów w kończynach i mięśniach, odrazu na drugi dzień wystąpił silny napad, który przeszedł w dość długotrwały stan dychawicowy. Od tego czasu stan chorego znacznie się pogorszył, nawet mimo tego, że gorączka i objawy ustąpiły w parę dni.

Chora M. J., napady dychawicy od lat paru, występujące okresowo, naogół niezbyt często. Chora pod wpływem leczenia jodem znacznie się poprawiła, napady czas dłuższy nie występowały, a nawet pewien minimalny stopień duszności, który u chorej przedtem nieraz czas dłuższy się utrzymywał, ustąpił zupełnie. Objawy objektywne również się cofnęły z wyjątkiem nieznacznej rozedmy płuc. Okres poprawy trwał około półtora miesiąca. Dopóki chora znowu nie zapadła wśród objawów ostrej grypy i kiedy odrazu tego samego dnia wystąpił silny napad, który przeszedł w dłuższotrwałą duszność, nawet, mimo wysokiej ciepłoty. Po ustąpieniu grypy jeszcze czas dłuższy duszność się utrzymywała.

Odnośnie do chorego pierwszego muszę jeszcze podnieść fakt, że chory w czasie naszej obserwacji przebył pryszczykowe zapalenie gardła, które w myśl starożytnej zasady „febris tollit asthmam" sprowadziła polepszenie. Mimo tego infekcja grypowa stan ogromnie pogorszyła. Tak więc nie chodziło tutaj o ogólną nierównowagę wegetatywną wywołaną przez infekcję wogóle, lecz o pewne specyficzne działanie właśnie infekcji grypowej na omawiane sprawy.

Tu chciałbym jeszcze nadmienić słów parę co do owego starego zdania „febris tollit asthmam", które już sobie wyrobiło w medycynie prawo obywatelstwa. Otóż według naszych spostrzeżeń nie da się ono w całej rozciągłości utrzymać, nawet pominąwszy infekcję grypową. Coprawda cały szereg ostrych chorób gorączkowych, infekcyjnych, znosi napady dychawicy nawet na czas dłuższy, nietylko na czas gorączki. Jednak nie zawsze gorączka leczy dychawicę. W czasie rozległego stosowania bodźców obserwowaliśmy, że nieraz mimo nawet wysokiej gorączki objawy dusznicowe nie tylko nie ustępowały ale właśnie nawet pogarszały się. Ten różny rodzaj działania gorączki możemy sobie wytłumaczyć tem, że jak wiemy mechanizm gorączki nie zawsze jest ten sam, czasem bardzo różny w szczegółach. Tak np. gorączka anafilaktyczna jest pod wieloma względami odmienna od gorączki infekcyjnej. Zresztą sprawa ta zależy od całego szeregu danych wewnątrz ustroju leżących, które omawialiśmy poprzednio.

Przejdziemy teraz do grupy ostatniej, do form mieszanych. Otóż już na początku podnosiłem, że formy mieszane są najczęstsze i że skoro przyjmiemy istnienie zasadniczej dyspozycji organizmu, to nic może nas ten fakt dziwić. Skoro jeden bodziec znalazł już odpowiednie warunki do rozwinięcia swego chorobotwórczego działania, to inny bodziec takie warunki znaleźć może. Niejednokrotnie sprawa chorobowa rozwija się w ten sposób, że od początku działa wiele bodźców. Czasem jednak początkowo tylko po jednym bodźcu występuje napad, z biegiem czasu jednak nawet ten jeden swoisty rodzaj bodźców tak toruje drogę patologicznemu odruchowi napadu astmy, że i inne bodźce przychodzą do głosu, te które początkowo były za słabe aby same wywołać napad. Wreszcie może przyjść do tego, że wogóle każdy bodziec zaburzający równowagę wegetatywną w kierunku parasympatycznym, będzie wywoływał napad. Mechanizmy działania poszczególnych bodźców są w ogólnych zarysach prawie jednakie, w szczegółach jednak istnieją duże różnice, czego dowodzą te przypadki, gdzie tylko jeden bodziec specyficzny wywołuje napady. Różnice te polegają prawdopodobnie przedewszystkiem w punkcie zaczepienia danego bodźca, który to punkt w danym poszczególnym przypadku jest specjalnie nadczuły na dany bodziec.

Tutaj chciałbym specjalnie zwrócić uwagę na fakt bardzo często spostrzegany, że pewne bodźce są same przez się za słabe, aby wywoływały napady. Jednakowoż czy już w istniejącem pogorszeniu z jakiegoś innego powodu, wywołują tem gorszy stan, względnie przedłużają, a więc potęgują działanie innych silnych bodźców. I tem nieraz zaciemniają znacznie obraz kliniczny. A dalej nieraz zdarza się synergizm dwóch słabych bodźców, z których każdy pojedyńczo jest za słaby, aby wywołać napad, jednak wspólnie napad taki wywołać są zdolne. O uczuleniu względnem mówiłem już wyżej. Podobnież mogłem spostrzegać, że nie tylko poszczególne pokarmy, do których ewentualnie dany osobnik był względnie uczulony, ale nawet każdy przyjmowany pokarm dawało znaczne pogorszenie isntniejącego stanu dychawicowego. Chorzy tacy przez ten okres wogóle niczego spożywać nie mogą, gdyż każdy proces trawienia, który jak wiadomo w swej istocie jest parasimpatikotoniczny, daje odruch patologiczny w płucach, ale tylko przy już istniejącej duszności. Podobnież mogliśmy obserwować, że np. pewne bodźce działały tylko przy zmianach atmosferycznych, choć pozatem zadziałać nie były zdolne. Wszystkie te uwagi chciałbym specjalnie podkreślić, gdyż mają one doniosłą wartość, nietylko teoretyczną, ale właśnie praktyczną.

Nieuwzględnienie tych wszystkich warunków, tych nawet słabych bodźców do wyleczenia doprowadzić nie może, i wszelkie leczenie ogromnie utrudnia.

Piśmiennictwo.

Frank Coke: Asthma. London 1923. — Duke: Asthma, Hay - fever, Urticana and allieer manifestations of Allergy. 1926. Danysz: Teorja chorób zakaźnych i niezakaźnych. — Friedberger: Anaphylaxie (Kraus - Brugsch). — Morawitz Asthma

(Kraus - Brugsch). — Dresel: Erkrankungen des veget. Nervensystems. (Kraus - Brugsch). — Kämmerer: Allergische Diathese und Allergische Erkrankungen. 1926. — Storm van Leeuwen: Allergische Krankheiten 1925. — Klewitz: Das Bronchialasthma. 1928.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Aleksander KRASUCKI. Warszawa.

O stosowaniu Gardenalu w chorobach wewnętrznych.

Z oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu Ś-go Ducha.
Kierownik Oddziału Dr. med. Czesław Otto.

Przed omówieniem znaczenia gardenalu f. Spiessa w leczeniu chorób wewnętrznych muszę choć w krótkich słowach omówić stanowisko, jakie zdobył on sobie w leczeniu chorób nerwowych wogóle, a w szczególności w epilepsji.

Od najdawniejszych czasów starano się wynaleźć skuteczny środek na epilepsję. Plinjusz zalecał stosowanie jałowca, a to dlatego, że mniemał, iż ta roślina nie pełzająca po ziemi, lecz pnąca się do góry powinna chronić od cierpienia, które rzuca ciało ludzkie na ziemię. Areteusz radził podawać buljon z mózgu i to szczególnie z mózgu zwierzęcia, które za życia miało drgawki. Z późniejszych autorów Sydenhaem w leczeniu padaczki zalecał opium i upusty krwi. Cheyne zaleca dietę mleczną lub mleczno - jarzynową. Od 1851 roku Laycock wprowadza leczenie padaczki bromem. Charcot, Féré i Giles de la Tourette zalecali duże dawki bromu. Pomimo, że brom podawany w postaci bromku sodu lub potasu, dawał dobre wyniki co do zmniejszenia się częstości napadów i samego natężenia napadu, to jednakże dłuższe podawanie bromu w wielkich dawkach powodowało zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, wysypki skórne, a nawet czyraki. W 1916 roku Pierre Marie, Crouzon i Bouttier zaczęli stosować w epilepsji winian potasowoborowy *(tartarus borico - kalinus)* i stwierdzili, że sól ta podawana w dawce dziennej w ilości 2 — 3 g wywiera działanie dodatnie choć słabsze od soli bromowych. Od czasu kiedy w 1913 roku Pecheux zwrócił w swej pracy szczególną uwagę na gardenal, zaczyna się zainteresowanie tym nowym środkiem, jako lekiem przeciwpadaczkowym.

We Francji badania na szerszą skalę w tym kierunku poprowadził Raffegau, który jest pionierem leczenia epilepsji tym nowym środkiem. Dalsze prace z gardenalem, jako środkiem przeciwpadaczkowym przeprowadzili Maillard, Codet, Berger i inni. Wszyscy ci autorowie zgodnie zaznaczają, że gardenal posiada specjalne i wyłącznie silne działanie na skurcze padaczkowe.

Działanie jego staje się tem wyraźniejsze im napady są częstsze i silniej wyrażone.

Oprócz wpływu na same ataki epileptyczne gardenal wywiera wpływ na zaburzenia umysłowe epileptyków, na stany „petit mal", bradypsychję, amnezję, które pod wpływem leczenia tym środkiem ulegają poprawie. Przy dłuższym podawaniu nie kumuluje, nie powoduje przyzwyczajania się, dzięki czemu nie zachodzi potrzeba zwiększania dawek. Z objawów ubocznych notowano jedynie niewinne, szybko przemijające, łagodne wysypki skórne. Przy leczeniu gardenalem ogólny stan chorych szybko się poprawia, wzmaga się apetyt, a samopoczucie chorych się polepsza. Co do dawkowania, to autorowie są zgodni, że w razie dłuższego stosowania nie należy przekraczać 0,3 g dziennie.

Gardenal jest to biały krystaliczny proszek o smaku gorzkim. W wodzie rozpuszcza się on bardzo trudno w stosunku 1 : 1000. Co do istoty chemicznej to jest on pochodną kwasu dwuetylobarbiturowego, w którym jeden z rodników etylowych zastąpiono rodnikiem fenylowym, według następującego wzoru:

$$CO \Big\langle \begin{array}{l} NH - CO - CO \\ \qquad\qquad\quad | \quad C_6H_5 \\ \qquad\qquad\quad C < \\ \qquad\qquad\quad | \quad C_2H_5 \\ NH - CO - CO \end{array}$$

Fenylo-etylo-malonyl-mocznik = gardenal.

Badania farmakologiczne wykazały, że jako środek nierozpuszczalny przechodzi on bez zmiany przez żołądek. Wchłanianie jego rozpoczyna się dopiero w jelitach w 20 — 30 minut po zażyciu naczczo. Wchłanianie gardenalu użytego po jedzeniu trwa dłużej. Wydzielanie ma miejsce przez nerki, skąd wydziela się on w stanie niezmienionym, nie powodując białko- ani cukromoczu. Zastrzyknięty dożylnie powoduje on obniżenie się ciśnienia krwi, rozszerzenie naczyń krwionośnych, zwolnienie tętna. U człowieka zmiany te występują dopiero po dawce 0,4 g jednorazowo doustnie. Po zastosowaniu dawki tej w postaci dawki dziennej zmian wyżej wspomnianych nie spostrzegano. Na system nerwowy gardenal działa w ten sposób, że poraża on pnie ruchowe rdzenia przy zachowaniu prawie zupełnem czucia. Co się tyczy ośrodków systemu nerwowego to wywiera on tu działanie dwojakie: nasenne i kojące. Większość autorów zaznacza zgodnie, że dawki 0,1 — 0,2 nie wywierają działania nasennego, lecz kojące. Co do działania przeciwdrgawkowego to badania farmakologiczne w całej rozciągłości potwierdziły spostrzeżenia kliniczne, że żaden inny środek nie posiada go w tym stopniu, co gardenal. Gardenal wydziela się z organizmu bardzo szybko. Nie daje on przyzwyczajenia, co wyraża się w zbędności zwiększania dawki.

W ostatnich czasach stosowanie gardenalu wykroczyło daleko poza ramy epilepsji.

Obecnie gardenal stosuje się we wszelkich stanach podniecenia, konwulsjach u dzieci, pląsawicy, tetanji, kokluszu, męczącym kaszlu u gruźlików, w dusznicy bolesnej, zawrotach i bólach głowy u hypertoników, w migrenie, dychawicy oskrzelowej, w chorobach skóry połączonych ze świądem.

A. B. Marfan zaleca stosowanie gardenalu w konwulsjach u dzieci w dawce 0,02 — 0,03 dziennie.

Badanie stosowania gardenalu w pląsawicy przeprowadzał Arandielowich. Pod wpływem leczenia gardenalem objawy podniecenia znikały, sen chorych stawał się spokojnym, zmiany charakteru ustępowały. Autor zaznacza, że w przypadkach pląsawicy na tle artrytycznym obok leczenia gardenalem musi być stosowane leczenie salicylem. Leczenie gardenalem musi trwać aż do zniknięcia objawów choreatycznych. Dawka dzienna tego środka powinna wynosić 0.01 — 0.02 na każdy rok dziecka.

Techerning jest zwolennikiem podawania mocznika fenyloetylomalonowego u dorosłych w dawce 0,015 trzy razy dziennie przed jedzeniem. Za stany wskazane do stosowania tego środka uważa on bezsenność i lęk w miażdżycy tętnic wieńcowych, zawroty głowy u ludzi ze wzmożonem ciśnieniem krwi, podniecenie psychiczne arterjosklerotyków, myśli natrętne. Gardenal znalazł szerokie zastosowanie, jako środek symptomatyczny w dusznicy bolesnej. Sezary wypowiada zdanie, że systematyczne stosowanie jego w dusznicy bolesnej jest w stanie zmniejszyć częstość i natężenie napadów, a nawet je usunąć. Autor ten zaleca w tych przypadkach stosowanie gardenalu w dawce 0,1 — 0,3 pro die. przeciętnie, jednakże u osób wrażliwych wystarczają dawki mniejsze, co można ustalić drogą wypróbowania w każdym poszczególnym przypadku. Podawanie gardenalu w dusznicy bolesnej jest bardzo celowe na 1 — 2 godziny przed napadem.

Ph. Panicz zaleca stosowanie gardenalu w dychawicy oskrzelowej w dawkach po 0,05 pro die. H. Bourgeois miał zachęcające wyniki po stosowaniu w *coryza spasmotica*. Autor stosował dawki 0,1 dwa razy dziennie rano i wieczorem, a następnie 0,1 tylko wieczorem.

L. Lortat Jacob uważa gardenal za lek wyborny w świądach autotoksycznych lub toksycznych u nefrytyków, starców i t. d. Zaleca on podawanie środka w dawce 0,1 przez pierwsze 3 dni rano i wieczorem, a przez następne 3 dni tylko jedną pastylkę wieczorem, co daje już doskonałe wyniki po 6-dniowym okresie leczenia nawet tam, gdzie nie stosowano diety ani żadnych innych zabiegów.

Obserwacje osobiste nad działaniem gardenalu przeprowadzałem na oddziale w szpitalu ś-go Ducha oraz na materjale Kasy Chorych. W praktyce pozaszpitalnej miałem możność obserwowania 5 przypadków epilepsji u chorych, którzy miewali częste napady epileptyczne. Podawanie gardenalu w dawce 0,3 pro die znosiło u tych chorych napady na cały czas trwania leczenia. Po zaprzestaniu leczenia, jak to miało miejsce w 2 przypadkach ataki zjawiły się ponownie i po powtórnem zastosowaniu znów ustały. Z tych pięciu pacjentów jednemu podawałem gardenal w ciągu 1½ roku, przyczem nie zachodziła potrzeba zwiększania dawki. Objawów ubocznych u tych pacjentów nie obserwowałem żadnych. Wysypek skórnych nie spostrzegałem również. Niekiedy pacjenci skarżyli się na senność. W tych razach wystarczało zmniejszenie dawki, co nie odbijało się zupełnie na przebiegu leczenia.

Nie mniej zachęcające wyniki miałem od stosowania gardenalu w uporczywych przypadkach dusznicy oskrzelowej. Leczenie wprowadzałem tu, rozpoczynając od małych dawek 3 razy dziennie po 0.01 i wten sposób wyszukiwałem dawkę, wywierającą wpływ na zmniejszenie się częstości i natężenia napadów.

U gruźlików z uporczywym kaszlem, ze sprawami daleko posuniętemi i to szczególnie u tych, którzy źle znosili pochodne morfinowe, po zastosowaniu gardenalu otrzymywałem uspokojenie

kaszlu, oraz doskonały wpływ na ogólny stan nerwowy pacjentów. Po większej części nie przekraczałem tu 0,2 pro die.

Gardenal okazał się doskonałym środkiem u pacjentów z zespołami neurastenicznemi; podawałem tu 0,05 pro dosi 2 razy dziennie. I w tej grupie pacjentów muszę zaznaczyć bardzo dobre wyniki. Dzięki temu środkowi mogłem obchodzić się bez bromu, tak znanego pacjentom i wywołującego u nich brak zaufania do tego leku. Co się tyczy hypertoników i kardio - sklerotyków, to gardenal w mojem doświadczeniu okazał się środkiem wprost doskonałym. Uporczywe bóle głowy u tych chorych zwalczałem przez stosowanie go w dawce 0,01 — 0,015 trzy razy dziennie.

Na zasadzie osobistych spostrzeżeń muszę zaznaczyć, że gardenal jest bardzo cennym nabytkiem w walce z licznemi przejawami chorobowemi i że podawanie go w ilości 0,3 g dziennie nawet przez czas dłuższy nie sprowadza żadnych objawów ubocznych.

Dr. M. JURIM. Lwów.

O dogodności stosowania Pantoponu „Roche" w postaci pastylek a 0,01.

Nie mam zamiaru mówić o skutecznem działaniu Pantoponu, który jest środkiem dawno znanym i stosowanym. Chodzi mi tylko o podanie do wiadomości lekarzy wyników, jakie otrzymałem, stosując Pantopon „Roche" w pastylkach.

Podaję go chorym przy atakach kamicy żółciowej, dusznicy bolesnej, polecam dentystom stosować go u pacjentów przed zabiegami w jamie ustnej. Ze wszystkich stron spotykam się z zadowoleniem ze skutku, jakie wywołuje użycie już jednej pastyliki tegoż Pantoponu. Zwracam uwagę na stosowanie małych dawek, przy których brak jest specyficznej euforji, jaką dają preparaty morfinowe, tak często kuszącej dla szkodliwych nadużyć.

Ciekawe wyniki mam u chorych na kamicę żółciową i dusznicę bolesną. Dwa przypadki obserwuję od 2 lat.

Chora N. N. lat 24, cierpi od 2 lat na ataki kamicy żółciowej. Zdjęcie R. wykazało u niej obecność kilku kamyczków wielkości ziarna grochu, które dawały typowe ataki kamicy. Ze względu na wiek chorej i neuropatyczny ustrój nie chciałem podawać morfiny i w razie ataku kazałem zażyć 1 pastylkę Pantoponu „Roche" w razie bardzo nasilonego bólu 2 pastylki.

Ponieważ pacjentka ta zajęta pracą zawodową nie mogła przebyć dłuższej kuracji, a wskazania do operacji powyższe objawy nie dawały, poleciłem jej stale mieć przy sobie pastylki Pantoponu i w razie potrzeby zażyć. Pomijam wpływ psychiczny jaki wywierała pewność natychmiastowej ulgi w razie ataku, przez posiadanie środka, gotowego każdej chwili do zażycia, ale skuteczność jego już w chwili pojawienia się bólów, zwiastujących atak zjednała mi z jej strony wdzięczność.

Drugi przypadek 65 lat liczącego chorego X. L. Chory ten dotknięty dusznicą bolesną miewa uporczywe napady bólów, cechujące tą chorobę. W czasie takiego napadu zażycie 1 pastylki Pantoponu, który stale ma przy sobie przynosi mu natychmiast znaczną ulgę. Oczywiście stosuje przy tem środki przeciwmiażdżycowe, a w razie zaburzeń sercowych cardiaca.

Reasumując co powiedziałem podniosę jedynie zalety stosowania Pantoponu „Roche" w pastylkach.

1) Skuteczność już w małych dawkach (0,01 per os).

2) Zażycie doustne, każdemu dostępne.

3) Chętne stosowanie przez chorych, dzięki wygodnej i estetycznej postaci.

4) Brak wszelkich objawów ubocznych znamionujących działanie preparatów morfinowych.

Te wszystkie zalety umożliwiają stosowanie preparatu na szerszą skalę zwłaszcza w tych wypadkach, gdzie musimy się uciec do użycia narkotyków, szczególnie w chronicznych bólach napadowych.

OCENY.

Dr. Henryk Higier: *Niemoc płciowa i bezpłodność u mężczyzn i kobiet ze stanowiska neurologa* (wykłady lekarskie. Wyd. Książnica Atlas, Warszawa-Lwów, 1928).

Słuszność ma autor twierdząc, że w tych chorobach obok czynników anatomicznych i fizjologicznych odgrywają rolę ważną momenty nerwowe i psychologiczne, że więc „głos w tej sprawie może i powinien mieć neurolog pur sang".

Przypomniawszy, że na fakt trawienia wpływa nietylko chemiczny skład pokarmów, że na wydzielanie kw. solnego, trypsyny, żółci, podpuszczki i t. d. wpływa nietylko „brutalny rozkaz chemji", ale i psychorefleks ruchowo-wydzielniczy ślinianek, żołądka i t. d. (zespól odruchów przyrodzonych i skojarzonych), zestawia następnie autor instynkt głodowy pod tym względem z popędem płciowym względnie z „instynktem miłości" — gdzie również wszystko odbywa się identycznie odruchowo.

Omówiwszy „gotowość psycho-erotyczną" a stan przeciwny (reakcję obronną ze strony kobiety), rolę układu autonomicznego, parasympatycznego i sympatycznego i poszczególnych splotów, przechodzi autor do przedstawienia dyspareunji i „frigiditas sensitiva", waginizmu, podkreślając psychiczne podłoże, wskutek czego leczenie ginekologiczne i farmakologiczne przeważnie pozostaje bez wpływu a istniejąca u obu partnerów „dyspareunia" — w różnej postaci — utrudnia w znacznym stopniu stosunek płciowy a często zapłodnienie, czyli zajście w ciążę. Ciekawe zestawienie mniej znanych a ważnych przyczyn wywołujących zahamowanie psychorefleksu wazodylatacyjnego, daje autor z bogatego własnego doświadczenia.

Wspomniawszy o przypadkach względnej bezpłodoności znanych z historji a w praktyce nieraz napotykanych, uważa je jako następstwa dyspareunji. Autor przechodzi następnie do omówienia zagadkowej bezpłodności w związku z zwyrodnieniem wczesnem gruczołów rodnych (climax praecox) lub z otłuszczeniem patologicznem hormonowem.

W dalszym ciągu mamy krytyczny rozbiór odpowiedzi na pytania:

Czy istnieją okresy, które sprzyjają lub utrudniają zapłodnienie?

Czy sperma dostawszy się do pochwy mniej lub więcej błyskawicznie ma szanse nie przedostawania się do macicy w razie zwężenia szyjki? Czy częstość stosunku odgrywa jakąś rolę w bezpłodności?

Krótko wspomina hipotezę dotyczącą bezpłodności prostytutek, zaburzenia w samych ośrodkach płciowych mózgowia w gyrus postcruciatus, w corpus striatum ptaków, w płaszczu przedmóżdża u niektórych ssaków z następowem zniesieniem spermogenezy u samców a mieszków Graafa u samic, wpływ psychiki na tworzenie się i zdolność rozrodczą komórek płciowych a wreszcie treściwy obraz daje autor na sprawę impotentiae coënadi i impotentiae generandi oraz trzecią postać przez siebie już dawniej opisaną (w roku 1924 w Polsk. Gaz. lek.), którą nazwał impotentia dissociata ejaculatoria generandi lub. imp. deficiens ejaculandi — prowadzącą również do bezpłodności — wskutek rozszczepienia mechanizmu wytryskowego od orgazmu. Wyliczywszy krótko odmiany impotentiae generandi u kobiet, natury organicznej, zastanawia się autor nad kwestją: Jak leczyć bezpłodność? W przeważnej części uważa operacje u kobiet bezpłodnych za zbyteczne, nieraz bezcelowe — zaś wskazania do zabiegów chirurgicznych muszą być jasne, celowe, tak u mężczyzn jak i u kobiet, a wskazania takie choć nie częste, ale zdarzają się, jakkolwiek nieraz terapja somatyczna działa jako terapja psychiczna. Krótki przegląd proteinoterapji, wzmianki o operacji Steinacha i Woronowa i t. d. kończy autor zdaniem, że ogromna część środków aptecznych, zabiegów technicznych, operacyj i operacyjek ginekologicznych działa przeważnie na drodze psychicznej. „Czynnościowo tych zaburzeń nie można leczyć jako lokalne zaburzenia narządów. lecz jako nerwicę ściśle związaną z całością psychiki i osobowości pacjenta.... z rozszczepieniem pierwiastka czułości i zmysłowości". Krótko rozprawia się autor z psychoanalizą i kończy uwagą, że tam gdzie bezsilny jest ginekolog i urolog, neurolog i psychoanalityk — pomaga czasem obu stronom rozwód, zadecydowany ex consilio. Możliwy jednak jest jeszcze inny rodzaj bezpłodności „przez niewspółmierność serologiczną" (Hirschfelda serologja konstytucyjna i grupy krwi).

Uwagę smutną kończy autor swoją pracę: Bezpłodność wzrasta z postępem kultury i cywilizacji.

Całość napisana zajmująco, miejscami świetnie, poruszająca „intymne" sprawy, znamionuje doświadczonego lekarza, przenikliwego psychologa, któremu nihil humani alienum.

Pisek (Lwów).

Thomas Lewis: *Naczynia krwionośne skóry ludzkiej i działanie bodźców na nie.* Tłumaczone z angielskiego przez prof. E. Schilfa. Wyd. S. Kargera. Berlin, XII, str. 297, rys. 76, 1928.

Sir T. Lewis, fizjolog londyński, znany z odnośnych prac, zainaugurowanych wspólnie z Rappaportem i Cottonem jeszcze w r. 1916 wydał owoc swoich prac 10-letnich w Anglji jeszcze w r. 1918—1926, a znalazła monografja ta tłumacza na nie-

niecki język w fizjologu berlińskim Schilfie, który, asystując w pracowni przy doświadczeniach podziwiał niezwykłą prostotę obok ścisłości metodyki.

W monografji Lewisa, na wielką skalę zakrojonej, znajdują bliższe omówienie: 1) budowa i topografja tętniczek i naczyń włoskowatych skóry, oraz fizjologja i metodyka badań ich, 2) odczyn biały, czerwony i obrzękowy oraz mechanizm ich powstawania, 3) wpływ na genezę odczynu pochodnej histaminy, z komórek wydzielanej, czyli wewnątrzsekrecyjnej, 4) wpływ urazu, przerwy w krążeniu i temperatury, 5) istota samoobrony skóry i stosunek jej do wstrząsu anafilaktycznego, 6) powolne odczyny skóry na promienie pozafiołkowe i inne bodźce, 7) przekrwienie reakcyjne i mechanizm tegoż, 8) regulacja lokalna krążenia przez miejscowo powstałe produkty przemiany materji, 9) regulacja szybkości prądu krwi na drodze innerwacji ośrodkowej i obwodowej, tętniczej i włoskowatej, 10) znaczenie jodu, kwasów, histaminy i działanie histaminopochodnych substancyj przy powstawaniu odczynów, 11) stan niepobudliwości tętniczek (faza refrakcyjna), 12) tętno włoskowate, 13) białe i czerwone plamy Biera, 14) patologiczne zabarwienia i wykwity barwne skóry (pokrzywka, plamica, pęcherzyca, wylewy, płonica i t. d.), 15) wpływ urazu, temperatury i prądów elektrycznych. Nie pominął autor też sposobności omawiania spraw innerwacji naczyń włoskowatych, odruchów osiowych (Axonreflexe) i pobudzenia przeciwbieżnego (antidrome Erregung).

Monografję Lewisa należy uważać za najbardziej obecnie wyczerpującą w piśmiennictwie wszechświatowem i nie pominie jej też żaden pracownik w tej dziedzinie doświadczalno-klinicznej. Przejrzysty spis autorów i rejestr rzeczowy stanowią bardzo pożądane zakończenie poważnej pracy.

H. Higier (Warszawa).

Chirurgja narządów ruchu i Ortopedja Polska. Warszawa, 1928. Wydawn. Polonji.

Powstałe niedawno Tow. Ortopedyczne wykazuje niemało żywotności, urządzając w listopadzie I Zjazd Ortopedyczny i wypuszczając w tymże czasie IV zeszyt swego wydawnictwa, na świetnym papierze, w pięknej szacie, z wzorowemi tablicami i rysunkami.

Pismo pod reakcją prof. Wierzejewskiego (Poznań) i Wojciechowskiego (Warszawa) poświęca właśnie swoje pierwociny Zjazdowi Poznańskiemu. Reprezentowane są prace z różnych klinik i szpitali (Warszawa, Lwów, Poznań), omawiając liczne i aktualne sprawy ortopedyczne z pogranicza chirurgji operacyjnej i rentgenologji, pedjatrji i neuropatologji (wysięki zapalne wielostawowe, zastarzałe zwichnięcia, świeże zwichnięcia stawu biodrowego, kości skokowej, skoliozy nawykowe, amputacja przedramienia, *ostitis fibrosa circumscripta* i t. d.). Ostatnie 20 stronic zajmują streszczenia odnośnych prac zagranicznych.

Na dwie, godne naśladowania innowacje wypada zwrócić uwagę. Pismo, wychodzące narazie jako kwartalnik, korzysta z zasiłku Poznańskiej ubezpieczalni krajowej, a prace jego są zreferowane obszernie w 4 głównych językach europejskich w załączniku oddzielnym, łatwo rozsyłalnym, pod tytułem łacińskim, międzynarodowym, łatwo zrozumiałym (Chirurgia organormu motus et orthopaedia polonica).

H. Higier (Warszawa).

BIBLIOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Medycyna doświadczalna i społeczna, tom IX, zeszyt 3—4, z r. 1928: M. Skarzyńska-Gutowska: Działanie fizjologiczne wyciągu witaminy P. Część II. — St. Kon i Elsie Walchorn: Zależność między rodzajem węglowodanu w pożywieniu, a zewnętrznem zapotrzebowaniem witaminy B. u szczura. — J. Frendzlowa i Z. Szymanowski: W sprawie paraglutynacji doświadczalnej. — M. Franke: O „retencji“ azotu niebiałkowego i ciał aromatycznych we krwi i o umiejscowieniu jej anatomicznem w doświadczalnej niedomodze nerkowej. — J. Celarek i W. Porębski: W sprawie wrażliwości koni na toksyny paciorkowca i miareczkowania surowicy szkarlatynowej. — E. J. Werber: Zwalczanie widliszków w okolicach Warszawy oraz spostrzeżenia biologiczne nad anofelizmem. — J. Meissner: Opadanie czerwonych ciałek krwi (objaw Biernackiego) u schizofreników.

Przegląd dermatologiczny, rok XXIII, nr. 4, z r. 1928: J. Lenartowicz: Czy leczenie zimnicą jest istotnym postępem w lecznictwie kiły? — A. Nadel: Badania nad istotą śródskórnego bąbla z soli fizjologicznej. — T. Pawlas: Leczenie rzeżączki żółtym barwikiem akrydynowym. — K. Buczyński: Miejscowe stosowanie gonakryny w leczeniu rzeżączki. — Z. Wepper: Leczenie nadmiernego owłosienia.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LV, nr. 51, z 16 grudnia 1928: B. Hepner: Przyczynek do badań nad obrotem t. zw. szmalcem holenderskim. — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Przyroda i technika, rok VII, zeszyt 9, za listopad 1928: James Cook: Gorączka sienna. — W. Podlacha: O fotografji balistycznej. — Słowniczek wyrazów obcych i terminów naukowych.

Przyroda i technika, rok VII, zeszyt 10, za grudzień 1928: Ignacy Łukasiewicz. — Général R. Bourgeois: Oznaczanie długości geograficznej przy pomocy telegrafu bez drutu. — A. Kamkin: Azbest. — Słowniczek wyrazów obcych i terminów naukowych.

Chirurgja narządów ruchu i Ortopedja Polska, rok I, zeszyt 1, z listopada 1928: Od redakcji. — Fr. Raszeja: Przewlekłe wysiękowe zapalenie wielostawowe. — A. Gruca: W sprawie leczenia zastarzałych zwichnięć centralnych biodra. — J. Wierzejewski: Czy istnieje nawykowe boczne skrzywienie kręgosłupa? — W. Łapiński: Przypadek włóknistego schorzenia krętarza małego (ostitis fibrosa trochant. minor.) — J. Wierzejewski: Zastarzałe zwichnięcia urazowe. — M. Latkowski: Operacja wytwórcza po odjęciu przedramienia. — W. Grobelski: Zwichnięcie kości skokowej.

Przemysł chemiczny, rok XII, nr. 12, z grudnia 1928: A. Szayna: Działanie chlorku glinu na węglowodory szeregu olefinowego. — M. Bornsztejn: Wykresy Gantt'a w przemyśle chemicznym. — J. Cyrus-Sobolewski: Elektryczne piece łukowo-oporowe o mocy ponad 10.000 K. W.

Wiadomości lekarskie, rok I, nr. 9, z grudnia 1928: L. Füllenbaum: O rozpoznawaniu i leczeniu najczęstszych objawów gruźlicy skóry. — St. Bühn: Reumatyzm a młodzież w wieku szkolnym. — R. Goldmann-Schieberowa: Głos lekarza kasowego w dniach walki z gruźlicą w Polsce. — Z. Danielski: VI Międzynarodowy Kongres przeciwgruźliczy w Rzymie (dok.).

Przegląd dentystyczny, rok VIII, nr. 11, z listopada 1928: R. Sobieszczański: Badania nad guzkiem Carabelli'ego. — J. Modrakowski: Wpływ diety na rozwój zębów.

Lekarz wojskowy, rok 9, tom 12, nr. 2—3, za sierpień i wrzesień 1928: B. Szarecki: Zakrzep tętnicy krezkowej górnej. — S. Sterling-Okuniewski: Znaczenie zarazka gruźliczego przesączalnego dla fizjologji. — T. Kucharski: Wczesne formy gruźlicy płuc u dorosłych ze szczególnem uwzględnieniem stosunków wojskowych. — W. Ostaszewski: Stomatologja, chirurgja stomatologiczna a wojsko. — J. Świechowski: Służba lekarska w dywizji kawalerji podczas obozu letniego. — J. Franiek: Rewizja konwencji Genewskiej.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok V, nr. 44, z 20 grudnia 1928: E. Flatau: O epidemji zapalenia rozsianego układu nerwowego w Polsce (1928 r.) i o stosunku tego zapalenia do t. zw. śpiączki (encephalitis lethargica) do powikłań nerwowych w niektórych chorobach infekcyjnych i do ostrych przypadków stwardnienia wieloogniskowego (c. d.). — G. Bychowski: O postaciach monosymptomatycznych stwardnienia rozsianego w początkowych okresach cierpienia. — M. Prokopowicz-Wierzbowska: Poglądy na sprawę szczepień przeciwgruźliczych metodą Calmette'a (Streszcz. zbior.). — Z. Bychowski: Pani ma mały szmerek. — P. Schönborn: Rozwój rzeźni i targowisk zwierzęcych m. stoł. Warszawy w okresie lat ostatnich, ich stan obecny i zamierzenia na przyszłość. — M. Kacprzak: W sprawie duru plamistego wśród lekarzy.

Lekarz Kasy chorych, rok IV, nr. 38, z grudnia 1928: Dobrodziejstwo, które staje się plagą. — Dane statystyczne ogólne Kas chorych w Niemczech. — Z Kasy chorych m. Warszawy.

Trzeźwość, r. 1928, nr. 11: Wielka rocznica. — Triumf idei trzeźwości. — A. Kuropatwiński: W pętach alkoholizmu. — T. Ołpiński: Walka z alkoholizmem w Szwajcarji. — M. Skiba: Zgrzyt. — Wł. Chodecki: Alkohol jako najczęstsza przyczyna nagłej śmierci. — M. Skiba: Z wystawy przeciwalkoholowej Twa „Trzeźwość“. — Lew Tołstoj: Przeciw alkoholowi. K. Rosołowski: Koło Trzeźwości na Polesiu. — Letniow-

ski: Koło Trzeźwości w Jarosławiu. — E. Wyrobek: Jak to króla Popiela zjadły myszy?

Polski Czerwony Krzyż, rok VIII, nr. 12, z r. 1928: J. Babecki: Zadania i cele ośrodków zdrowia. — B. Zakliński: I Międzynarodowy Kongres lotnictwa sanitarnego w Paryżu w dniach 15—20 maja 1929 r. — Z. Wołłowiczowa: Geneza wielkiej myśli humanitarnej. Projekt Ciralo. — M. Żmudzka: VI Międzynarod. Zjazd pielęgniarek w Rzymie. — Z działalności Polskiego Czerwonego Krzyża. — Czerwony Krzyż za granicą.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Časopis lékarzu českych.

Nr. 47. 1928.

Dr. J. Caesar: *Próby lecznicze „luetyną" Bussona.* Ciała używane do wywoływania skórnych odczynów przy kile, przygotowuje się bądź z czystych hodowli krętka albo jako wyciągi narządów kiłowych. Wyciągów organów używano z dobrym wynikiem nietylko w celach rozpoznawczych ale także i leczniczych. „Luetyna" Bussona, przetwór otrzymany przez stężenie wyciągu, suszenie i świeże rozpuszczenie, daje się świetnie dawkować. O leczniczej wartości L. B. niema w literaturze wzmianki. „Luetyna" daje reakcję dodatnią w stosowaniu śródżylnem przy trzeciorzędnej kile z kilakami, przy kile wrodzonej i przy miąższowem zapaleniu rogówki. Odczyn objawia się w postaci rumienia (3 X 5, 5 X 10 cm) ostro ograniczonego. Autor widział wpływ leczniczy L. B. w 4 przypadkach miąższowego zapalenia rogówki. W przypadkach tych RBW była silnie dodatnia. Rozpoczyna autor od dawki 0,1 ccm — całkowita ilość leku nie przekracza 9 ccm. Korzystny wynik tego leczenia zależy zdaniem Müllera i Planera od następujących warunków: reakcja musi być dodatnią, zastrzyki powinne następować po sobie bez przerwy, nie wstrzykiwać podskórnie, dawki stosować większe. Przebieg choroby i wynik ostateczny był analogiczny do przypadków leczonych innymi przetworami.

Nr. 46. 1928

Dr. F. V. Nowak: *Dawkowanie radu w leczeniu złośliwych nowotworów w chorobach kobiecych.* Przy stosowaniu radu ważne jest zaznajomienie się z zasięgiem działania wprowadzonego radu. Przy braku dobrych aparatów mierniczych, pouczających nas o tem, trudno było podać dawkę wystarczającą. Mikrojontokwandimetr Malleta pozwala nam poznać przynajmniej przybliżająco działanie radu. Różne ustawienie radu wpływa na zmianę dawki w najbliższem otoczeniu. Najbliższe sąsiedztwo radjoforu, szczególnie błona śluzowa, dostaje prawie pełnych 100% emanacji, podczas gdy części dalej położone otrzymują stsunkowo nieznaczną odsetkę. Nie należy się zatem spodziewać pomyślnych wyników z naświetlania przymacicza. Pewnem jest tylko zniszczenie nowotworu w najbliższem sąsiedztwie radu.

Nr. 42. 1928.

Dr. F. Kohout: *Wyniki zabiegów operacyjnych przy wyłuszczeniu sterczu metodą kroczową pozamięśniową Haina.* Metodą ta wykazuje mniejszą śmiertelność, aniżeli częściej używana metoda nadłonowa. Wyższość metody kroczowej polega na mniejszych trudnościach technicznych, bardzo nieznacznym wstrząsie po zabiegu w zmniejszonym odsetku występującym. Stała kontrola wzrokowa chroni przed uszkodzeniem narządów sąsiednich np. moczowodu, mięśni otoczenia. Miejscowe znieczulenie i krótki czas trwania zabiegu nie nadweręża mięśnia sercowego. Gojenie rany postępuje gładko, bez przetoki. W kilku przypadkach wystąpiło, krótki czas trwające, nieznaczne, mimowolne moczenie.

Nr. 48. 1928.

Dr. J. Kurz: *Chirurgiczne leczene powikłań jaglicy.* Przy powikłaniach jaglicy na klinice okulistycznej prof. Lešera używa się następujących zabiegów chirurgicznych:

1) *Powikłania powieki górnej:*

a) w przypadkach podwinięcia rzęs (Trichiasis) używa się bądź marginoplastyki Vossiusza albo metodę Burchardta,

b) w przypadkach podwinięcia rzęs, powikłanych bliznowatem podwinięciem powieki (entropium), budzącem podejrzenie, że entropium się nie zwiększy, najlepsze usługi oddała metoda Snellena (z marginoplastyką),

c) w innych przypadkach — tych było najwięcej — powikłanych z postępującem podwinięcem powieki, zadawalające wyniki dała metoda Blascovicsa.

2) *Powikłania powieki dolnej:* Entropium bliznowate z podwinięciem rzęs lekkiego stopnia usuwa się najpewniej metodą Chronisa. Przypadki cięższe metodą Jasserona albo Milleta.

3) *Powikłania rogówki* (pannus, infiltratio corneae trachom, ulcus corneae trachomatosum) znikają zwykle lub zmniejszają się pod wpływem mechanicznego leczenia. Jeżeli zachodzą powikłania powiek, należy je w każdym przypadku jak najrychlej usunąć. Oporne powikłania rogówki (zwłaszcza pannus trachom.) wymagają podspojówkowych wstrzykiwań sinku rtęciowego. Ponieważ ten sposób leczenia przyśpiesza proces gojenia, stosowano go w przypadkach powikłanych łuszczkiem od początku. W podobnych przypadkach używa się na klinice czeskiej również metody Deniga, przeszczepiającej pasek błony śluzowej ust na gałkę oczną.

Nr. 40. 1928.

Dr. Nug Etndres: *O rozpoznawczej wartości komórek Stadelmanna przy raku.* Autor na podstawie własnych badań klinicznych udowadnia, że komórki „pierścieniowate", opisane przez Stadelmanna, nie są charakterystyczne do rozpoznania raka błon surowiczych. Znalazł je bowiem również przy wysiękowem zapaleniu opłucnej i puchlinie brzusznej na tle nienowotworowem.

Nr. 48. 1928.

Dr. Konst. Čarsky: *Antivrus Besredki.* Antivirus Besredki, przesącz starych hodowli buljonowych łańcuszkowców i paciorkowców, wzmaga siłę obronną komórki w walce z zarazkiem, przeto najodpowiedniejszem jest stosowanie jego tam, gdzie styka się bezpośrednio z komórką żywą, nie działa natomiast przy martwicy i zgorzeli. Najlepsze wyniki osiągnął autor przy ropnych procesach skóry (folliculitis, paronychia, pyodermia, hydroadenitis axil.), przy ranach zanieczyszczenych i przy chirurgicznym zabiegu na terenie zakażonym. Autor skłania się do poglądu o swoistem uodporniającem działaniu antiviru.

Dr. K. Klaus: *Dodatek do biologicznego działana zasad amonowych na krzepnienie osocza krwi.* Pod wpływem małych dawek trójmetylaminu, dwójmetylaminu, monometylaminu, chlorku cholinu i amenu rychlej przebiega proces krzepnienia osocza krwi, pod wpływem większych dawek w obecności wapnia, krzepnienie przebiega powolniej. Najsilniej działa trójmetylamin, najsłabiej chlorek cholinu i amenu. Działanie tych ciał jest podobne, jaki przy lecytynie i kefalynie znaleźli Edgar Zunz i Jean La Barre.

Nr. 28. 1928.

Dr. J. Kral: *Próby wśródżylnego podawania salicylu przy ostrym gośćcu stawowym.* U pacjentów, nie znoszących salicyl doustnie, można śmiało podawać go wśródżylnie. Efekt leczniczy jest analogiczny do wyników stosowania doustnego. Lutembacher miesza salicyl z 10 ccm fizjologicznego roztworu soli kuchennej. Ponieważ zdarzały się przypadki zarastania żył, przeto Bernard radzi podawać salicyl z równą ilością cukru gronowego i zwolna wstrzykiwać. Dzienna dawka wstrzykiwanego salicylu waha się między 0,2 g (Marion, Mendel) a 6 g (Lutembacher w przypadkach opornych). U pacjentów, których żołądek znosi salicyl stosunkowo dobrze, podaje Lutembacher mieszane leczenie (1—3 g salicylu wśródżylnie i 3—5 g drogą doustną dziennie przez przeciąg 15 do 25 dni). Na klinice prof. Syllaby używa się metody Bernarda. Natrii salicylli Glycosae aa *10,0* Aquae destill. *100,0*. Wstrząsu nie zauważono. Radzi wstrzykiwać bardzo powoli.

Dr. Ungar (Lwów).

Prakticky lekar.

Nr. 13. 1928.

Dr. Vladimir Musil: *Przetaczanie krwi w praktyce.* W szpitalu Kolińskim od r. 1926 wykonano 26 przetaczań krwi bądź metodą Percy'ego, bądź metodą cytrynianową. Na podstawie wyników osiągniętych w przypadkach, w których użyto metody cytrynianowej, uważa autor metodę tę za najbardziej odpowiednią zarówno w praktyce szpitalnej, jak i prywatnej. Również próby Wildegansa teoretycznie udowodniły dobre tamujące działanie powyższej metody. Technika przetaczania krwi metodą cytrynianową nie jest trudniejszą od zwykłego dożylnego wlewania fizjologicznego roztworu soli kuchennej. Metoda ta wartością i wynikami leczniczemi nie ustępuje innym powikłanym a w praktyce codziennej niemożliwym do przeprowadzenia, metodom.

Nr. 16. 1928.

As. Dr. Vaclav Antonin: *O leczenu żylaków wstrzykiwaniami.* Przy żylakach wielkich, grubszych od palca małego, doradza autor bezwzględnie zabieg chirurgiczny a to metodą Madelunga, z równoczesnem podwiązaniem podskórnej żyły odpiszczelowej (vena saphena) w okolicy dołu owalnego. Przy mniejszych osiągnął wyniki dobre wstrzykiwaniem roztworów: cukru gronowego, salicylanu sodnego, głównie zaś chininowych.

As. Dr. Emerich Polak: *Nasze stanowisko wobec drenowania w chirurgji brzusznej.* Przyczyna rozbieżności chirurgów w sprawie drenowania jamy brzusznej tkwi w specjalnych stosunkach fizjologicznych jamy brzusznej. Zdolność tworzenia wysięku, wchłaniania a głównie wytwarzania zrostów jest obronną właściwością ustroju, a obowiązkiem operatora jest rozstrzygnąć kiedy i jak założyć należy dren. Stanowisko II Kliniki czeskiej prof Jedlički tyczące się materjału, nadającego się do sączkowania jest następujące:

1) Do drenowania używa się prawie wyłącznie drenów kauczukowych. 2) Muślinowych przykładek (Conquette), używanych na klinikach innych jako dreny włosowate, na klinice czeskiej nie używa się jako drenów, tylko jako środka, służącego do przyśpieszania zrostów około ogniska zapalnego. 3) Sączek włosowy używany jest wyjątkowo jako tampon Mikulicza a to tam, gdzie idzie o większą przestrzeń, wyścieloną twardemi ścianami, zakażoną (np. przy odjęciu kiszki stolcowej, jeżeli się przy operacji przedziurawi nowotwór). *Potrzeba drenu zachodzi przy zakażeniach i krwawieniach:* 1) Przy zabiegach tyczących się żołądka, dwunastnicy i jelita cienkiego jest drenowanie zbyteczne. Jedynie w przypadkach przedziurawienia, powikłanego ropnem zapaleniem otrzewnej jest koniecznem drenowanie bądź przestrzeni podprzeponowej albo jamy Douglasa. 2) Przy operacjach jelita grubego kładzie się nacisk na pozaotrzewnowe szwy jelitowe. Niektóre zabiegi na zgięciu i kiszce stolcowej wymagają tamponu Mikulicza. 3) Przy zapaleniach woreczka żółciowego i wyrostka robaczkowego nie powikłanych przedziurawieniem, wymagany jest sączek w przypadkach ropnego wysięku. Operacja dróg żółciowych, zrobiona ściśle aseptycznie, nie wymaga drenu. 4) Ostre krwotoczne zapalenie trzustki wymaga bezwzględnie sączka.

Piśmiennictwo angielskie.

Journ. of Laboratory and Clinical Medecine.

Nr. 7. 1928.

J. A. Curran i C. H. Mills: *Przypadek cukromoczu nerkowego powikłanego cukrzycą.* U cukrzycowego lat 56 cukromocz wynosił około 80 g na dobę, cukier zaś we krwi 200 mg %. Pod wpływem leczenia djetetycznego cukier we krwi opadł do poziomu prawidłowego 71 mg %, mimo to cukromocz utrzymywał się nadal, jakkolwiek w bardzo nieznacznych ilościach (6--7 g na dobę). Krzywa tolerancji na cukier gronowy, badana w tym okresie wykazała charakter krzywej cukrzycowej zarówno w moczu jak i we krwi. Leczenie insuliną nie usunęło cukromoczu.

Nr. 12. 1928.

S. Soskin: *O fizjologicznem działaniu „Presser X" Collipa.* Autor przeprowadzał badania porównawcze nad zachowaniem się fizjologicznem ciśnienia krwi, czynności jelit i macicy oraz cukru we krwi pod wpływem adrenaliny i wyciągów z różnych narządów (szczególnie jelit i śledziony), niedawno uzyskanych przez Collipa i nazwanych przez niego „Pressor X". Wyciągi te, stosowane dożylnie lub podskórnie wywołują podobnie jak adrenalina natychmiastowe podniesienie się parcia krwi, któremu towarzyszy przyspieszona czynność serca i zmniejszenie się objętości nerek. Wpływ zaś na inne narządy jest słabszy i przejściowy. Działanie tych wyciągów na parcie krwi jest wybitniejsze, niźli po adrenalinie, natomiast znacznie słabsze na poziom cukru we krwi.

Nr. 8. 1928.

J. H. Roe i B. S. Kahn: *O prawidłowej zawartości wapnia w surowicy krwi ludzkiej.* Autorowie zbadali 25 zdrowych osobników przy pomocy swojej metody kolorymetrycznej i otrzymali oni zgodnie z wynikami, uzyskanemi metodą miareczkową Kramer-Tisdalla, wartości od 9 — 11,6 mg %, a w przeciwieństwie do wyników Rosena i Krasnowa, wedle których poziom prawidłowy wapnia waha się między 10,7 — 13,2 mg %.

Wł. E.

Piśmiennictwo niemieckie.

Medizinische Klinik.

Nr. 29. 1928.

K. Gutzeit: *Zaburzenia żołądkowe w ołowicy.* Autor potwierdza spostrzeżenia Chojesa i Lewina, że w ołowicy przewlekłej zaburzenia przewodu pokarmowego należą do stałego obrazu tej choroby. Błona śluzowa żołądka wykazuje wybitne zmiany, dające się stwierdzić w drodze gastroskopji.

Rodecurt: *Wpływ stosowania Calcium „Sandoz" na poziom wapnia w ciąży.* Po zastosowaniu domięśniowem, dożylnem lub też dustnem calcium Sandoz poziom wapnia we krwi zrazu się podnosi, potem opada w związku z łatwiejszem wessaniem się wapnia przez soki tkanek, w których poziom wapnia narasta. Autor poleca preparat przy wymiotach ciężarnych, dermatozach ciężarnych, eklampsji i eklampsismus.

Nr. 31. 1928.

K. Kötter i W. Unverzagt: *W sprawie krytyki odczynu opadania krwinek w gruźlicy.* Serjowe badania odczynu opadania krwinek wykazują tylko w bardzo ciężkich przypadkach współmierne zachowanie się z objawami klinicznymi. W lżejszych zaś przypadkach można zauważyć, że niewątpliwej bardzo wybitnej poprawy gruźlicy, odczyn opadania krwinek nie wykazuje jeszcze tendencji do poprawy. Np. w wielu przypadkach odczyn opadania krwinek utrzymuje się w niezmienionej postaci pomimo wzrostu wagi ciała, obniżenia się ciepłoty, zniknięcia diazo-reakcji czy też reakcji urochromowej. Z tego powodu autorowie uważają, że w ocenie gruźlicy nie można się opierać wyłącznie na odczynie opadania krwinek.

G. Barak i T. Rednik: *Krzywa cukru we krwi po adrenalinie jako czynnościowa próba wątroby.* Autorowie wykonują przez nich polecaną próbę w ten sposób, że po oznaczeniu cukru naczczo, wstrzykują podskórnie 0,5 mg adrenaliny i przez okres 2-godzinny, w odstępach półgodzinnych oznaczają cukier we krwi. U osobników normalnych krzywa poadrenalinowa cukru we krwi rośnie b. wybitnie wskutek zamiany glikogenu wątroby w cukier, zaś u osobników ze schorzeniem wątroby krzywa cukru we krwi przebiega płasko wskutek zmniejszonego zapasu glikogenu.

Nr. 33. 1928.

E. Leschke: *Przeszczepienie nadnerczy i organoterapja w chorobie Addisona.* Autor opisuje przypadek choroby Addisona na tle gruźliczem, która się bardzo wybitnie poprawiła po przeszczepieniu zdrowego nadnercza do kieszonki mięśniowej nad przeponą. Już po kilku dniach chora czuła się lepiej. Apetyt się poprawił, parcie krwi podniosło się z 85 na 125 mm Hg, adynamja ustąpiła, pigmentacje się zmniejszyły, miesiączkowanie powróciło z powrotem (przyczem było ono tak bolesne, że należało wstrzykiwać morfinę). Zasługuje na podniesienie bardzo wybitne wzmożenie się porostu włosów pod pachami i w okolicy łonowej. Autor stosował też tabletki z nadnerczy i leczenie przeciwgruźlicze (triphal). Autor uważa b. wybitną poprawę jako następstwo organoterapji i leczenia trifalem które umożliwiło wyleczenie względnie otorbienie się procesu gruźliczego nadnerczy z następową restytucją narządu.

Nr. 36 1928.

H. Strauss: *O zmianach stanów końcowych cukrzycy.* Stany końcowe cukrzycowych przedstawiają się inaczej dzisiaj, niźli w erze przedinsulinowej. Przedtem przeważało zejście śmiertelne wskutek śpiączki cukrzycowej: 60% w przypadkach Frerichsa, 58% w przypadkach Noordena, 51 — 60% w przypadkach Joslina, 24% w przypadkach Straussa. Zejście śmiertelne wskutek zmian naczyniowo-sercowych było rzadsze a to dlatego, że cukrzycowi nie dożywali starszego wieku, w którym te zmiany zwykły występować. W okresie insulinowym odsetek zejścia śmiertelnego wskutek śpiączki cukrzycowej spadł wybitnie (na 20,5% w przypadkach autora), natomiast wzmógł się odsetek zejścia śmiertelnego wskutek zmian naczyniowo-sercowych (38%). Autor uważa, że cukrzyca sprzyja b. wybitnie powstawaniu miażdżycy podobnie też powstawaniu raka. Różne wyniki wyjścia ze śpiączki cukrzycowej autor tłumaczy tem, że wielu autorów zalicza stany przed- i śpiączkowe do jednej grupy jak to czyni Petrén, który dlatego na 35 przypadków tylko w jednym przypadku widział zejście śmiertelne. Weiss znowu stwierdził wyjście z okresu przedśpiącz-

kowego w 100% (13 przyp.), z okresu zaś śpiączkowego tylko w 26% (na 25 przyp.). Podobnie autor widział wyleczenie z okresu przedśpiączkowego w 8 przyp. na 10 przypadków, z okresu śpiączkowego w 2 przyp. na 6 przyp.

O. Klein i H. Holzer: *Zachowanie się reakcji krwi w okresie wstrząsu hipoglikemicznego u ludzi.* Autorowie zbadali 17 przypadków cukrzycowych i niecukrzycowych na zachowanie się stężenia jonów wodorowych (PH metodą elektromotoryczną) i zapas zasad (metodą Van Slyke'a). Stwierdzili ich zachowanie się w granicach prawidłowych, niezależnie zresztą od stopnia wstrząsu hipoglikemicznego. W $^1/_3$ części przyp. reakcja przesuwała się do górnej granicy stanu prawidłowego.

A. Zaloscer: *Próby stosowania antithyreidyny Möbiusa w tężyczce pooperacyjnej.* Autor przyjmuje antagonistyczne zachowanie się hormonów tarczycy i ciał przytarczycznych. Uważa, że po strumektomji ciałka przytarczyczne ulegają przerostowi i wydzielają więcej hormonu do krwi. Tem się też tłumaczy spostrzeżenie Walbauma i Rudingera, że antithyreoidyna działa korzystnie w chorobie Basedowa, dzięki właśnie wielkiej zawartości hormonu ciał przytarczycznych. Z tego powodu zastosował antythyreoidynę w 2 przyp .tężyczki pooperacyjnej i otrzymał wyniki korzystne.

Wł. E.

Medizinische Klinik.

Nr. 1928.

Prof. E. Bürgi i T. Gordonow: *W sprawie zapobiegawczego wzmacniania serca.* Aby w granicach możliwości ograniczać niebezpieczeństwo uśpienia należy wzmocnić mięsień sercowy właściwem postępowaniem zapobiegawczem zapomocą odpowiedniego środka skrzepiającego serce. W doświadczeniach na zwierzętach, na odosobnionem sercu żaby dowiedziono, że lepiej znosi się zatrucie alkoholem, jeżeli ją uprzednio traktowano przetworem naparstnicy. Odporność również bywała większą względem uśpienia chloroformem. Autorowie badali przetwory zastępujące kamforę pod względem zdatności do zapobiegawczego podtrzymania serca przeciwko następstwom uśpienia. Badań dokonywano na żabach zimowych, traktowanych uprzednio środkiem ocucającym. Serce ich wkładano podług metody Engelmanna pod dzwon napełniony parami chloroformu, a ruchy zapisywano zapomocą kymiografu. Oznaczono, że 1 ccm chloroformu po 4—12 minutach prowadził do ustania ruchów serca zwierzą nie przygotowanych.

Jeżeli zadać żabie coraminę na 2 godziny przed doświadczeniem, to zauważyć można wyraźnie jej działanie, wtedy gdy hekseton pozostaje prawie bez wpływu. Zadając lek ocucający na 4 godziny przed doświadczeniem, wpływ jego zauważyć można było po wszystkich używanych środkach, przyczem coramina wypadła najkorzystniej. Po jeszcze dłuższym czasie działania środka pobudzającego serce wpływ coraminy bywał słabszym, a także po cardiazolu i heksetonie, zadawanym na 12—24—76 godzin przed doświadczeniem wyniki działania bywały niestałe i słabe. Najlepsze rezultaty zawsze otrzymywano po coraminie przyczem po 2 godzinach występuje najsilniej jej działanie, zaś inne badane przetwory ocucające rozwijały swój wpływ później i w słabszym stopniu.

Z doświadczeń tych wynika, że: 1) Coramina, hekseton i cardiazol zdolne są na czas dłuższy skrzepiać serce przygotowane niemi do doświadczeń i uodpornić je względem szkodliwego wpływu narkozy. 2) Coramina jest skuteczniejszą, aniżeli oba pozostałe przetwory. 3) Całkowite działanie coraminy zauważyć można już po krótkim względnie czasie, zaś po zastosowaniu innych dwóch wspomnianych środków pobudzających wpływ ich występuje później. Pod względem skuteczności coramina przewyższa cardiazol, działanie zaś heksetonu było najsłabsze.

HIGJENA I WYCHOWANIE FIZYCZNE.

Sprawozdanie dra Dietricha, lekarza powiatowego w Łowiczu, delegowanego przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament V. Służby Zdrowia) do Jugosławji, Węgier i Niemiec, w celu zapoznania się z higjeną wsi.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Departament V. Służby Zdrowia. Nr. ZH. 5231/28.

Studja nad higjeną wsi, zorganizowane w bieżącym roku przez Sekcję Higjeny Ligi Narodów na zasadzie wymiany personelu sanitarnego poszczególnych krajów, polegały na zwiedzaniu instytucyj i urządzeń, związanych z zagadnieniami zdrowotnemi. Pokazom tym, oczywiście, towarzyszyły odpowiednie referaty.

Podróż odbywano częściowo koleją, przeważnie zaś samochodami, co ułatwiało dokładniejsze zapoznanie się z charakterem kraju, jego zaludnieniem oraz stopniem rozwoju kulturalnego.

Ponieważ kwestje higjeny w obecnem jej zrozumieniu ściśle związane są z inżynierją, w studjach uczestniczyli oprócz lekarzy i inżynierowie sanitarni rozmaitych krajów. Ogółem w podróży brali udział przedstawiciele 18 narodowości (Niemcy, Austrja, Belgja, Danja, Estonja, Guatemala, Węgry, Irlandja, Włochy, Japonja, Polska, Litwa, Portugalja, Rumunja, Jugosławja, Czechosłowacja i Sowiecka Rosja). Studja rozpoczęły się dnia 26 maja w Jugosławji zakończyły się zaś 26. lipca konferencją w Genewie. Do programu zwiedzanych krajów weszły: Jugosławja, Węgry, Niemcy, Holandja, Belgja i Francja.

W ciągu odbytej podróży zwiedziłem Jugosławję, Węgry, Bawarję, Saksonję i Prusy ze Śląskiem niemieckim. We wszystkich tych krajach, zawdzięczając uprzejmości miejscowych władz oraz instytucyj samorządowych i społecznych, można było nietylko obserwować ogólny kierunek akcji zdrowotnej oraz urządzenia, dotyczące dziedziny higjeny, lecz i miejscowości, znajdujące się pod wielu względami w stanie prawie zupełnie pierwotnym. Wnikając w akcję zdrowotną poszczególnych miejscowości, uwidacznia się, że jakkolwiek większość krajów ma niektóre wspólne zadania i wspólne drogi, jak naprzykład sposoby walki z chorobami zakaźnemi i społecznemi, to jednak w zależności od warunków lokalnych, klimatycznych i kulturalnych stwarzają się w rozmaitych prowincjach rozmaite potrzeby, których zaspokojenie musi stać na pierwszym planie, a wykonanie ich wymaga przystosowania do miejscowych warunków. Nagół zaznaczyć należy, że uzdrowienie ludności traktuje się na zachodzie w bardzo szerokim zakresie i obejmuje rozmaite dziedziny życia. Uwydatnia sie również zrozumienie, że polepszenie warunków mieszkaniowych, podniesienie ogólnej kultury ludności, zaopatrzenie jej w zdrową wodę do picia i możliwie tanie oraz dobre produkty spożywcze, umiejętność racjonalnego odżywiania się, możność korzystania ludności z kąpieli i normalny fizyczny rozwój młodzieży stanowią podstawę silnego i zdrowego społeczeństwa, które może posiadać uczucie radości życia, tak niezbędne dla szczęścia poszczególnych jednostek i całego narodu.

Szczególne wytężenie energji i sił w kierunku uzdrowotnienia widoczne jest w Jugosławji, kraju, który jeszcze do niedawna pozostawał pod tym względem zupełnie opuszczonym. Wykonanie zamierzonych zadań jest tam tem trudniejsze, że rozmaite części Jugosławji znacznie różnią się nietylko pod względem narodowościowym, lecz klimatycznym i geologicznym. Chorwacja, posiadająca klimat, roślinność i glebę, podobne do polskiej, oraz ludność przeciętnie średnio zamożną, stanowi teren, na którym praca może posuwać się szybciej, niż w skalistej bezwodnej Dalmacji lub Macedonji ze znacznym odsetkiem muzułmanów, przestrzegających fanatycznie wszystkie przepisy swej religji, często wyraźnie przeczące współczesnym pojęciom higjeny.

Wieś chorwacka przypomina przeciętną wieś kraju o średniej kulturze i średniej glebie, wymagającej dużej ilości nawozu. Każda zagroda wskutek tego posiada gnojowniki, najczęściej położone przed samym domem, a często i w pobliżu studni; to samo można powiedzieć i o ustępach, będących przeważnie w stanie opłakanym. Domy mieszkalne składają się z dwóch ubikacyj, najczęściej wilgotnych, z glinianą lub kamienną podłogą i małemi zakratowanemi oknami. Mieszkania bardzo skromnie umeblowane, zaopatrzone jednak w łóżko, na którem często sypia parę osób razem. Oprócz wiosek wieśniaczych spotykamy osiedla, zamieszkałe wyłącznie przez drobną szlachtę chorwacką. Pod względem zewnętrznym różnią się one przeważnie charakterem budynków. Domy tych osiedli piętrowe, drewniane i często bez kominów. Ludność osiedli szlacheckich nie odznacza się ani dobrą budową, ani pięknością. Okoliczność ta tłumaczy się w znacznej mierze tradycjami, dla których drobna szlachta chorwacka nie zawiera związków małżeńskich inaczej, jak z równą sobie szlachtą, wskutek czego wytwarza się sytuacja, przy której prawie cała wieś bywa spokrewniona ze sobą. Wśród chorób spotykamy sporo gruźlicy, zimnicy, jaglicy i krzywicy, nie licząc ostrych chorób infekcyjnych jak tyfus brzuszny i inne.

Pijaństwo wśród ludności męskiej jest również znacznie rozpowszechnione. Pierwsze prace w kierunku uzdrowotnienia Chorwacji były dokonane w 1926 roku w małej wiosce Lukowica, liczącej 16 domów i 112 osób ludności.

W wiosce tej, leżącej przy jednej z bardziej uczęszczanych szos, stale panował dur brzuszny, wskutek czego przystąpiono do dokładnego zbadania miejscowych warunków i skonstatowano, że

przyczyną duru jest zła woda do picia, zanieczyszczona przez okoliczne gnojówki, ustępy i kałuże. Wzięto się też do uregulowania gnojówek, reparacji i racjonalnej konstrukcji ustępów oraz do uporządkowania studzien z wodą do picia, zaopatrując je w pompy i zabezpieczając od zanieczyszczenia. Prace te wykonano z udziałem miejscowej ludności, która albo pomagała pieniężnie, albo też bezpłatnie pracowała. Chcąc wpływać w dalszym ciągu na rozwój stosunków zdrowotnych, pobudowano „centrum higjeny", zawierające przychodnie, oraz stację opieki nad dzieckiem i matką i kąpielisko w postaci natrysków. Do stacji tej dojeżdża 1—2 razy tygodniowo lekarz z Lublany i udziela porad i wskazówek oraz kieruje ogólną akcją zdrowotną. Duszą przychodni jest pielęgniarka społeczna, która robi wywiady w domach i ma obowiązek raz na trzy miesiące odwiedzić zakreślony rejon. Oprócz tego przy stacji jest specjalny personal dezynfekcyjny. Stacje tego rodzaju rozrzucone są po całym kraju w znacznej liczbie.

Oprócz wspomnianych funkcyj, przychodnie odgrywają jeszcze rolę ośrodków, w których ludność miejscowa zbiera się na odczyty i pogadanki oraz wyświetlenia kinematograficzne lub pokazy latarni magicznych. W ten sposób instytucje te utrzymują ciągły kontakt z ludnością i służą jednocześnie do ogólnokulturalnych celów.

Gnojówki w doprowadzonych do porządku posiadłościach są betonowane a ustępy łączą się z niemi za pomocą szerokiej rury. Oszczędza się więc w ten sposób pracy i materjału dla robienia specjalnego dołu ustępowego, nawóz zaś zyskuje na swojej wartości odżywczej. Oprócz wspomnianego typu ustępu, połączonego bezpośrednio z gnojowiskiem, propagowany jest jeszcze inny typ, składający się z dwóch przedziałów o dwóch dołach cementowanych, przytem po dostatecznem zapełnieniu jednego przedziału takowy zamykany jest na pewien czas, aby odpowiednie procesy biologiczne zniszczyły wszelkie zarazki, a potem zawartość wywożona jest na pole.

Wszelkich badań do tego rejonu dokonywa Instytut Higjeny w Lublanie; on też udziela odpowiednich wskazówek i informacyj.

Dużą uwagę zwraca się w całej Jugosławji na uczącą się młodzież. W tym celu egzystuje szereg przychodni, w których ucząca się dziatwa jest dokładnie badana i, w razie potrzeby, skierowywana do leczenia. W przychodniach przewidziana jest pomoc dentystyczna i kąpiel w postaci natrysków. W kąpieli każdy kąpiący się dostaje kawałek mydła i czysty ręcznik.

Dzieci, słabo fizycznie rozwinięte lub chorowite, otrzymują tran, a oprócz tego w czasie lata wysyłane są do sanatorjów lub kolonij letnich.

Po trzydniowym pobycie w północnej Jugosławji przyjechałem do Dalmacji.

Ludność miejscowa mieszka w domach, składanych z nieobciosanych i niczem niespojonych kamieni. Płaski dach ułożony jest również z kamienia. Cały budynek składa się z jednej ubikacji łącznej dla zwierząt domowych i ludzi, przyczem światło przedostaje się tylko przez otwór, zastępujący drzwi, i drugi niewielki otwór w ścianie pod dachem, który służy jednocześnie za ujście dymu. Mniejwięcej pośrodku mieszkania stoi, ułożone z płyt kamiennych, „ognisko domowe". O ustępach i śmietnikach mowy, oczywiście, niema.

Jedną z najwięcej palących kwestyj tego kraju jest zupełny brak wody. Miejscowa ludność używała, a w wielu miejscach jeszcze dotąd używa, wody do picia i do potrzeb domowych z tak zwanych „lókw", t. j. naturalnych zagłębień w skałach, gdzie zbiera się woda deszczowa. Zagłębienia te przypominają nasze sadzawki lub glinianki; woda z nich pokryta jest zielonemi wodorostami i zawiera masę rozmaitych żyjątek, nie wyłączając żab i larw komarów. Naturalnie, że jest ona źródłem zimnicy, spotykanej tu bardzo często i stanowiącej plagę miejscowej ludności, przyczem częste są przypadki form tropikalnych. Przy odpowiednich warunkach staje się ona również przyczyną duru brzusznego i czerwonki. Pomimo to, że woda ta jest właściwie niezdatną do picia, zdobywanie jej nie jest łatwe wskutek znacznych odległości „lokw" od osiedli ludzkich.

Władze jugosłowiańskie zajęły się w tych miejscowościach przedewszystkiem uregulowaniem sprawy dostarczania wody do picia. Ponieważ o dobyciu tam wody źródlanej niema mowy, zdecydowano dać mieszkańcom do picia wodę również deszczową, ale zbieraną w sposób higjeniczny i zabezpieczoną przed zepsuciem się i rozwojem w niej życia organicznego. W tym celu przystąpiono z pomocą miejscowej ludności do budowy cystern, przyczem rząd daje siły fachowe i materjał, mieszkańcy zaś pracę. Obecne cysterny przedstawiają duże betonowane, wydrążone w skale, zbiorniki; skała wokoło nich jest również betonowana. Woda, wpadając do cysterny, przechodzi przez specjalne filtry. Cała cysterna jest szczelnie zakryta i tylko z jednej strony posiada otwór do czerpania wody kubłem. Nowe cysterny zaopatrzone są w pompy i w ten sposób woda zabezpieczona jest od wszelkiego zanieczyszczenia.

Zbiorniki te posiadają wodę zimną i zupełnie przeźroczystą. W razie zanieczyszczenia cysterny, można ją oczyścić przez specjalne w tym celu zrobione otwory. Braku wody w cysternach nie bywa, mają one bowiem pojemność, obliczoną stosownie do liczby korzystających z niej mieszkańców, a jakkolwiek w ciągu 3—4 miesięcy niema tu zupełnie deszczów, to jednak w czasie jesieni, zimy i wczesnej wiosny opady są dostateczne, aby napełnić zbiorniki.

Po zbudowaniu cystern lokwy podlegają kasowaniu. W ten sposób rozwiązywana jest w bezwodnych miejscowościach Dalmacji sprawa zaopatrywania w wodę, jednocześnie zaś jest ona najważniejszym czynnikiem walki z zimnicą. Oprócz tego ludności miejscowej rozdawana jest bezpłatnie chinina, cięższe zaś przypadki zimnicy leczone są w szpitalach.

Ponieważ w wielu miejscowościach Jugosławji, opanowanych przez zimnicę, są zbiorniki stojącej wody, potrzebnej dla celów gospodarczych, hodowany jest w nich specjalny gatunek rybki, zwanej gambuzją. Rybka ta, długości 2—3 cm, doskonale żyje w stojącej wodzie i bardzo chętnie żywi się larwami komarów. Badanie nad życiem gambuzyj i rozmnażanie ich odbywa się między innemi w Instytucie Higjeny w Trogirze. Oprócz tego mniejsze zbiorniki stojącej wody, w razie ujawnienia w nich larw komarów, posypywane są rozpylonym proszkiem „paryskiej zieleni"; stosowana jest także i patrolizacja powierzchni wody.

Zabiegi te dały duże rezultaty, gdyż w miejscowościach, gdzie zimnica zbierała obfite plony, obecnie przypadki zachorowań na nią znacznie zmniejszyły się.

Miejscowa ludność, przekonawszy się, że racjonalne urządzenie cystern, zabezpiecza ją od zimnicy, która często czyniła ludzi niezdolnymi do pracy i była powodem nawet śmiertelnych zajść, bardzo chętnie pomaga w inwestycyjnych pracach zdrowotnych, ofiarowując swoją robociznę i, w razie możności, pomoc pieniężną.

W północno-wschodniej części Dalmacji, gdzie warunki bytowania są znacznie lepsze, pomimo dużej liczby dni słonecznych, spotykamy znaczną liczbę przypadków krzywicy wskutek nieumiejętnego odżywiania się. Ludność nie używa zupełnie wielu jarzyn, które jednak ze względu na odpowiednie warunki klimatyczne mogłyby tam rosnąć. Oprócz tego nie umie racjonalnie przyrządzić potraw z miejscowych produktów.

W celu zaznajomienia wieśniaków z przyrządzeniem jedzenia urządzane są przy stacjach higjeny kursy gospodarstwa domowego dla młodych dziewcząt. Uczą się one tam nietylko gotować, lecz zaznajamiają się z hodowlą jarzyn i drobiu oraz otrzymują elementarne pojęcia o higjenie wogóle, a o higjenie kobiety i dziecka w szczególności.

Po parodniowym pobycie w Dalmacji przybyliśmy do Serbji.

Domy kryte dachówką lub słomą, wyglądają czysto i dostatnio. Tu wypływają ogólne dla większości wsi zagadnienia, t. j. kwestja gnojowisk, ustępów i racjonalnego zaopatrzenia w wodę; oprócz tego sprawa walki z gruźlicą, jaglicą, opieki nad dzieckiem i matką i t. p.

Sprawy te, jak wszędzie w Jugosławji, rozwiązywane są za pomocą przychodni o charakterze leczniczo-zapobiegawczym.

Następną charakterystyczną część Jugosławji stanowi Macedonja.

Siedziby mieszkańców Macedonji przedstawiają ciasne zagrody, otoczone ze wszystkich stron wysokim murem. Na podwórkach jest zawsze ustęp, a najczęściej jakaś budka, przypominająca tę ubikację.

Gruźlica, krzywica, jaglica są bardzo wśród mieszkańców Macedonji rozpowszechnione, prawdziwą jednak plagę stanowią wśród ludności muzułmańskiej choroby weneryczne i choroby kobiece, jako następstwo rzeżączki i braku odpowiedniej opieki i pomocy w czasie połogu.

Personel miejscowych przychodni energicznie walczy drogą propagandy ze zwyczajem, pozbawiającym kobiety możności leczenia się, i osiągnął już w tym kierunku pewne rezultaty, gdyż sam widziałem w miejscowej przychodni leczące się muzułmanki.

Oprócz wspomnianych chorób, spotyka się dużo zimnicy, szczególniej w południowych częściach Macedonji i na plantacjach ryżu.

Macedonja, jak i cała Jugosławja, pokryta jest siecią przychodni o charakterze zapobiegawczym, z uwzględnieniem jednak lecznictwa. Sieć przychodni nie jest gęsta, gdyż górzysty teren kraju, małe jego zaludnienie oraz prawie niedostępne górskie drogi utrudniają pracę w tym kierunku, jednakże podziwiać należy te

wysiłki, jakie zdołała zrobić Jugosławja, i te rezultaty, jakie w tak krótkim czasie osiągnęła.

Oprócz budowy przychodni zwraca się uwagę na szkolnictwo i wogóle na zapoznanie ludności z ogólnemi zasadami higjeny.

Prace w kierunku uzdrowotnienia kraju prowadzi nietylko rząd, lecz całe społeczeństwo, zorganizowane w rozmaite mniejsze lub większe instytucje, mające na celu sprawy zdrowotne.

Na Węgrzech miałem możność poznać części kraju o charakterze rolniczym oraz ośrodki dużego przemysłu (kopalnie węgla w Tutabanji) i miasto Ujpeszt z ludnością wyłącznie fabryczną. Oczywiście w zależności od charakteru miejscowości i jej potrzeb uwzględniane są odpowiednie sanitarno-higjeniczne urządzenia i instytucje. Naogół w Węgrzech w dziedzinie zdrowotnej uwydatnia się działalność organizacyj społecznych.

Największą instytucją, mającą na celu opiekę nad dzieckiem i matką, jest założone w 1915 r. „L'Union National Stephanie". Instytucja ta na początku opiekowała się prawie wyłącznie klasą robotniczą, w miarę jednak rosnącego zubożenia społeczeństwa rozteczyła swą opiekę i nad ludźmi innych warstw społecznych. Działalność swą związek rozwinął bardzo szybko i obecnie posiada cały szereg przychodni i stacyj mlecznych. Rezultat działalności związku uwidocznił się znacznym spadkiem śmiertelności wśród dzieci. Związek ten promieniuje i na wieś, organizując szereg instytucyj, związanych z opieką nad dzieckiem i matką. Inicjatywa społeczna widoczna jest również i w dziedzinie uzdrowienia warunków życia wiejskiego. Przykładem tej akcji jest kolonja „suum cuique", położona obok zamku Pot. Kolonia ta ma na celu stworzenie osad z uwzględnieniem normalnych warunków mieszkaniowych, asenizacyjnych i odpowiedniego zaopatrzenia w wodę przy bardzo miernym ekonomicznym stanie ludności.

Walka z chorobami społecznemi jest również oparta na szerokiem współdziałaniu społeczeństwa. W ośrodkach fabrycznych jak Ujpeszt uwzględnia się w znacznej mierze kwestje mieszkań robotniczych i oświaty wszystkich warstw pracowników przy pomocy specjalnych kursów z dziedziny nauk przyrodniczych, społecznych, teologji i sztuk pięknych. Kursy te opłacane są minimalnie i słuchacze mogą korzystać z bibljoteki i potrzebnych pracowni. Oprócz tego szeroko stosowana jest medycyna zapobiegawcza.

W Tutabanji, ośrodku kopalni węgla, uwzględnione są wszystkie kulturalne potrzeby warstw robotniczych, poczynając od mieszkań, a kończąc na pięknych letnich basenach kąpielowych. Jedną z najciekawszych cech Tutabanji jest sposób rozwiązania kwestji asenizacji. Wszystkie domy w Tutabanji posiadają betonowe doły kloaczne, z których zawartość przez ssące aparaty wybierana jest do hermetycznych beczek i wywożona do specjalnych betonowych rowów, gdzie mieszana jest z suchym torfem w stosunku 1 części torfu do 2 części ekskrementów. Mieszanina ta niema przykrego zapachu, nie siadają i nie lęgną się w niej muchy i po upływie paru tygodni zmienia się ona w suchą lekką masę, stanowiąc pierwszorzędny nawóz na pola i ogrody. Urządzenie to ma i te zalety, że nie wymaga do obsługi dużej liczby ludzi, nadaje się jednak tylko dla osiedli, posiadających niewięcej niż 10.000 ludności.

Większe miasta posiadają kanalizację, wsie i osiedla mają ustępy z dołami do wywożenia. Zaopatrzenie w wodę po wsiach odbywa się za pomocą zwykłych studzien.

Pod względem ogólnej zdrowotności Węgry nie stanowią jakiejś wyróżniającej się wybitnie jednostki. Pomimo dobrej gleby, dosyć ciepłego klimatu i dorodnej ludności, spotykamy sporo gruźlicy, jaglicy, chorób wenerycznych i nieco zimnicy.

Cierpienia te często są otrzymane w spadku po wojnie europejskiej i stanowią przedmiot energicznej walki społeczeństwa. Badania produktów spożywczych, wody oraz ogólne badania nad zdrowotnością i sposobami uzdrowienia określonych rejonów koncentrują się w instytucjach higjeny.

Społeczeństwo węgierskie, zdając sobie sprawę z doniosłości opieki nad zdrowiem uczącej się młodzieży, zaopatruje ją nawet po wsiach nietylko w ogólną pomoc lekarską, lecz i pomoc dentystyczną, organizując lotne ambulatorja dentystyczne.

Kraje, stanowiące składowe części Rzeszy Niemieckiej, jak: Bawarja, Saksonja i Prusy ze Śląskiem niemieckim, jakkolwiek różnią się jak pod względem charakteru terenu, tak i pod względem charakteru i zatrudnienia ludności, jednak wszędzie daje się skonstatować dążenie do polepszenia warunków zdrowotnych kraju.

W górzystej Bawarji kwestję lokalną stanowią wole, połączone często z kretynizmem. Walka z tem cierpieniem prowadzona jest drogą zaopatrywania ludności w sól z domieszką jodu. Zaopatrywanie w wodę i elektryfikację wsi przeprowadzane są w szybkiem tempie: już dzisiaj cały szereg wsi posługuje się jednym wodociągiem i jedną stacją elektryczną. Te ostatnie często połączone są ze stacjami wodociągowemi, gdzie woda po spełnieniu swej funkcji o charakterze siły poruszającej przechodzi przez szereg filtrów do sieci wodociągowej.

Pod względem asenizacyjnym wieś nie przedstawia osobliwości, gdyż posiada wszystkie znane doły przeważnie cementowane i często połączone z gnojownikami.

Ogromną uwagę zwrócono na fizyczne wychowanie młodzieży i poznanie przez dziatwę własnego kraju. To też boiska sportowe, baseny do pływania i wycieczki piesze spotykają się na każdym kroku.

Opieka lekarska i dentystyczna w szkołach również uwzględniona jest w bardzo szerokim zakresie. Naogół w Niemczech wyraźnie uwydatniony jest rozwój urządzeń i instytucyj, związanych ze zdrowotnością, w zależności od kultury rozmaitych dzielnic.

Dużą też uwagę zwrócono na racjonalną opiekę nad inwalidami wojennymi i sierotami po poległych na wojnie oraz na baraki dla robotników sezonowych, jakkolwiek ta ostatnia sprawa na Śląsku przedstawia się bardzo opłakanie.

Resumując wrażenie, odniesione ze studjów nad higjeną wsi w Jugosławji, Węgrzech i Niemczech, stwierdza się, że kraje te idą bardzo szybkiemi krokami do możliwego uzdrowienia wsi i małych osiedli, że sprawy zdrowotne odgrywają w życiu tych narodów pierwszorzędną rolę.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że z funduszu imienia Otylji i Tadeusza Żłobikowskich udzielone zostaną w styczniu r. 1929 zapomogi na kształcenie dzieci płci obojga. Pierwszeństwo do zapomóg mają zgodnie z wolą zapisodawcy, zupełne sieroty niezamożne, po lekarzach polskich pozostałe; następnie takież pół sieroty, a po nich do zapomóg mają pierwszeństwo uczniowie niezamożni, pochodzący z rodziny Żłobikowskich, po Macieju Fiłanowiczu, Ludwiku Członkowskim i Feliksie Marczewskim. Podania o zapomogi składać należy do Kancelarji Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Niecała 7) do dnia 15 stycznia r. 1929 z dołączeniem metryki, świadectwa szkolnego i zaświadczenia 2 wiarygodnych osób o niezamożności.

Sekretarz Stały: *Prof. Dr. A. Gluziński.*

Stowarzyszenie Lekarzy Polskich. W styczniu r. b. odbyły się w siedzibie Stowarzyszenia Lekarzy Polskich dwa odczyty ilustrowane przeźroczami, p. artysty-malarza Wacława Husarskiego p. t.: „Polskie malarstwo romantyczne".

W piątek, 11 stycznia o godz. 8 wiecz., Odczyt I. Wcześniejsze fazy romantyzmu:

1) Romantyzm idealistyczny: a) malarstwo religijne — Stattler, Hadzewicz, Szynalewski, Buchbinder; b) malarstwo historyczne — M. Piotrowski, Lesser; c) folklor i archeologja — A. Oleszczyński, Piwarski, Kielisiński, Orda, Lewicki.

2) Romantyzm właściwy: a) studjum figuralne i portret — Wańkowicz, Rusiecki, Michałowski; b) kompozycja — J. Kossak, H. Pilatti, Kwiatkowski, Andrioli; c) krajobraz i malarstwo rodzajowe — Zaleski, J. N. Głowacki, Breslauer, Kostrzewski, Szermętowski, Gerson, Gryglewski.

Piątek, 18 stycznia, o godz. 8 wiecz., Odczyt II. Późniejsze fazy romantyzmu:

1) Kierunek pośredni czyli „juste milieu": a) malarstwo rodzajowe — Kotsis, Gerson, Loeffler; b) malarstwo ideowe — A. Grabowski, Kapliński, Grottger; c) portert — Dąbrowski, Kapliński, Tepa Rodakowski, Simmler; d) malarstwo historyczne — Suchodolski, Simmler, Loeffler.

2) Rozkwit malarstwa historycznego: Łuszczkiewicz, Rodakowski, Matejko, Gerson, Alchimowicz, W. Pruszkowski.

3) Ostatnie echa romantyzmu — przejście od malarstwa historycznego do naturalizmu: Wyczółkowski, M. Gottlieb, Siemiradzki.

Wstęp wolny dla wprowadzonych gości.

Zarząd Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego na posiedzeniu w dniu 21. XII. 1928 r., przyznał stypendjum w kwocie 2000 zł na wyjazd zagranicę, asystentowi szpitala Ewangelickiego p. Drowi W. Arciszewskiemu — z funduszu ś. p. Dra Edwarda Zielińskiego (dla asystentów szpitali warszawskich).

Nadto z funduszów stypendjalnych, przyznano 15 stypendjów studentom Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, na ogólną sumę *złotych 4.442,—*.

Sekretarz Stały: *Prof. Dr. med. A. Gluziński.*

IV. Polski Zjazd Stomatologiczny w Wilnie. (II komunikat *) odbędzie się zarazem jako Sekcja XIII Zjazdu Lekarzy i przyrodników polskich od 26—29 września 1929, w myśl pisma Komitetu Organizacyjnego tegoż Zjazdu z dnia 9. X. 1928.

Po porozumieniu się Stałej Delegacji Zjazdów Stomatologicznych z Komitetem Organizacyjnym XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników, zaproszeni zostali do zorganizowania Sekcji stomatologicznej — a zarazem IV Polskiego Zjazdu Stomatologów Dr. Eugenjusz Mancewicz i lek. dent. Adam Wolański z prawem kooptacji. Dnia 26 października ukonstytuował się Komitet Organizacyjny Sekcji Stomatologicznej XIII Zjazdu L. i P. P. a zarazem IV Zjazdu Stomatologicznego w sposób następujący: Przewodniczący: Dr. med. Eugenjusz Mancewicz, — I wiceprzewodniczący: Lek. dent. Adam Wolański — II przewodniczący: Dr. Czesław Koneczny — sekretarz: Lek. dent Andrzej Mikulski — skarbnik: Szachno - Szachnowicz.

Biuro centralne Zjazdu Sekcji stomatologicznej: Mieszkanie Lek. dent. Adama Wolańskiego, Wilno, ul. Wileńska 26.

Stała Delegacja Polskich Zjazdów postanowiła wybrać jako tematy główne: I. Wpływ zaburzeń innych narządów na powstawanie chorób parodontalnych. Referent: Prof. Dr. Antoni Cieszyński (Lwów). Koreferent: (—). Temat mogący zainteresować także specjalistów innych gałęzi nauki lekarskiej. — II. Metody zachowawcze miejscowe i ogólne leczenia spraw parodontalnych i ich ocena. Referent: (—). Koreferent: (—). — III. Najpewniejszy sposób leczenia korzeni zgorzelinowych dla przeciętnego praktyka. Referent: Prof. Dr. Hilary Wilga (Warszawa). Koreferent: (—).

Czas trwania referatów i koreferatów tematów głównych: 30 minut, dla tematów wolnych: 20 minut. Zgłoszenia tematów należy nadesłać możliwie wcześnie wraz z krótkiem streszczeniem na ręce Sekretarza IV Pol. Zj. Stomat. lek. dent. Andrzeja Mikulskiego — Wilno, mieszkanie lek. dent. Adama Wolańskiego, ul. Wileńska l. 26.

Łódź.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego w dniu 2. I. 1929 zostali wybrani do Zarządu na rok bieżący: Prezes: T. Załęski, wiceprezes: B. Frenkiel, skarbnik: T. Mogilnicki. Sekretarze: K. Ruegier i A. Tenenbaum, bibljotekarz Z. Prechner i M. Kocen.

Protokół posiedzenia Komisji Wyborczej do Rady Izby Lekarskiej Łódzkiej. Dnia 23 grudnia 1928 roku o godzinie 21-ej Komisja Wyborcza w składzie: Komisarz Wyborczy — Dr. Tomaszewski Antoni oraz członkowie: Dr. Knichowiecki Bronisław, Klozenberg Fabjan, Kryszek Henryk, Maczewski Maksymiljan, Miklaszewski Bolesław, Mittelstaedt Edward, Misjon Bolesław, Perlis Ignacy, Prechner Zdzisław, Skusiewicz Feliks, Tenenbaum Adam Szymon, Wolfson Mojżesz, przystąpiła do otwarcia urny wyborczej, unieważniwszy poprzednio trzy karty wyborcze z pośród nadesłanych pocztą, z powodu braku nazwiska nadawcy na kopertach listów poleconych.

Złożono kart wyborczych 183. Po otwarciu kopert okazało się, że jedna koperta jest pusta i jedna karta jest niewypełniona, pozatem trzy karty unieważniono, gdyż jedna z nich była podpisana, dwie zaś zawierały drukowane nazwiska nie na urzędowych kartach. Za ważne więc uznano 178 kart wyborczych.

Wybrani zostali do Rady Izby Lekarskiej następujący koledzy: Dr. Tomaszewski Antoni 173 głosów, Dr. Misjon Bolesław 165 gł., Dr. Watten Ignacy 165 gł., Dr. Maczewski Maksymiljan 163 gł., Dr. Dobulewicz Michał 162 gł., Dr. Knichowiecki Bronisław 161 gł., Dr. Tochterman Adolf 160 gł., Dr. Augspach Alfred 158 gł., Dr. Perlis Ignacy 158 gł., Dr. Prechner Zdzisław 158 gł., Dr. Koszutski Bronisław 157 gł., Dr. Marzyński Józef 157 gł., Dr. Rechniowski Stefan 157 gł., Dr. Skusiewicz Feliks 157 gł., Dr. Starzyński Artur 157 gł., Dr. Margolis Aleksander 155 gł., Dr. Frenkiel Bronisław 154 gł., Dr. Lidmanowski Konstanty 153 gł., Dr. Dreszer Alfred 152 gł., Dr. Szyfman Leon 152 gł., Dr. Eichler Witold 151 gł., Dr. Klozenberg Fabjan 151 gł., Dr. Kryszek Henryk 150 gł., Dr. Tenenbaum Adam Szymon 150 gł., Dr. Sterlin Seweryn 149 gł., Dr. Wolfson Mojżesz 143 gł., Dr. From Benjamin 142 gł., Dr. Szykier Leon 140 gł..

Pozatem szereg kolegów otrzymało głosy, od 1 od 16.

O godzinie 23-ej protokół podpisano i posiedzenie zakończono. Komisarz Wyborczy: (—) A. Tomaszewski. — (—) I. Perlis, (—)Knichowiecki, (—) Zd. Prechner, (—) Dr. Mittelstaedt, (—) B. Mikłaszewski, (—) Dr. Maczewski, (—) Tenenbaum, (—) Dr. F. Skusiewicz, (—) Dr. Misjon, (—) Dr. Wolfson, (—) Dr. Kryszek, (—) Dr. Rosiewicz.

*) I Komunikat ogłoszony w Pol. Dent. 1928. Nr. 5, str. 330.

Za zgodność z pierwowzorem, Łódź, dnia 29 grudnia 1928 roku Dr. Zd. Prechner.

Z kraju.

„Skorowidz Lecznictwa". Pod tym tytułem ma się wkrótce ukazać w druku zbiorowe wydawnictwo poglądowe, zredagowane przez Prof. U. J. Dra L. Korczyńskiego przy współpracy szerszego grona wybitnych lekarzy krakowskich. Wydawnictwo to zestawione w sposób przejrzysty, kartotekowy, ułatwi lekarzowi praktykowi szybkie orjentowanie się w każdej chwili w najnowszych postępach djagnostyki i lecznictwa. Prospekt tego pożytecznego wydawnictwa załączamy do niniejszego numeru Polskiej Gazety Lekarskiej.

Szczegółową ocenę „Skorowidza Lecznictwa" podamy po wyjściu jego z druku.

Ze świata.

V Międzynarodowy Kongres Medycyny i Farmacji Wojskowej odbędzie się w maju 1929 roku w Londynie. Przedmiotem obrad będzie m. in.: transportowanie rannych drogą wodną i powietrzną, rola pomocy lekarskiej w związku z operacjami, krótkotrwała febra tropikalna, rany naczyń i ich następstwa, analizy fizyczne i chemiczne. W związku z Kongresem odbędzie się wystawa.

Zmarli: H. Noguchi, jeden z najwybitniejszych mikriobiologów świata, urodzony w r. 1876 w Fukushima w Japonji zmarł w maju ubiegłego roku na żółtą febrę, którą nabył na wybrzeżach Afryki, dokąd udał się celem zwalczania tej strasznej choroby. Wstrzyknięta przez niego wytworzona swoista surowica usunęła napady tylko na pewien czas. Przed śmiercią zdołał wykazać u szczepionej własną krwią małpy odkrytego przez siebie w tej chorobie pierwotniaka (Leptospira icteroides). Wśród sekcji jego zwłok zakaził się dr. W. A. Jeung, który zmarł w krótkim czasie.

Wenereologów zajmowały jego znakomite prace o krętku bladym (hodowle. krętki w tkance nerwowej i t. d.) jakoteż o krętku załamującym światło.

H. C. Plaut urodzony w r. 1858 w Lipsku zmarł w lutym b. r. w Hamburgu. Zmarły poświęcał się początkowo botanice i uzyskał w uniwersytecie w Lipsku doktorat filozofji, pracując w dziedzinie weterynarji. Później dopiero przeszedł na medycynę, a zdobywszy doktorat tego wydziału praktykował w Lipsku, pracując naukowo w dziedzinie mykologii. Od r. 1897 przeniósł się do Hamburga gdzie kontynuował swe prace w tej dziedzinie częściowo w klinice prof. Unny, częściowo w swej prywatnej pracowni. Któż nie zna jego nazwiska związanego z chorobą nazywana angina Plaut - Vincent, jego prac o pleśniawkach i wiele innych.

Redakcja otrzymała.

W. Kwaskowski: „Kilka słów o dychawicy oskrzelowej w wieku dziecięcym". Odb. z Pedjatrji Polskiej. Tom VIII, zeszyt 5—1928.

W. Grzywo - Dąbrowski: „Samobójstwa rozszerzone w Warszawie". Odb. z Czasopisma Sądowo - lekarskiego.

St. Manczarowski: „Zamach samobójczy czy zbrodnia". Odb. z Czasopisma sądowo - lekarskiego.

W Grzywo - Dąbrowski: Samobójstwa w Warszawie w r. 1927. Odb. z Czasopisma sądowo - lekarskiego.

W. Grzywo - Dabrowski: „Kazuistyka sadowo - lekarska". Odb. z Czasopisma sądowo - lekarskiego.

Seweryn Sterling: „O charakterze wczesnych objawów chorobowych". Wykład inauguracyjny wypowiedziany podczas otwarcia roku akademickiego Wolnej Wszechnicy Polskiej Oddziału w Łodzi w dniu 28 października 1928. Łódź — 1928. Nakładem Wolnej Wszechnicy Polskiej.

Stan. Bühn: „Reumatyzm a młodzież w wieku szkolnym". Odb. z „Wiadomości lekarskich" Nr. 9, z r. 1928.

L. Lind: „Die Indikation zur manudlen Placentalösung und die Placentaadhäsion". Odb. z „Zentralblatt für. Gynäkologie 1928, Nr. 47.

S. Sterling - Okuniewski: „Réaction cutanée au filtrat tuberculeux chez sujets atteits de tuberculose". Extrait des Comptes rendus des séances de la Société biologie. Tome XCVIII, page 71.

S. Sterling - Okuniewski: „Krótki rys historyczny nauki o chorobie Brighta". Odb. z „Nowin Lekarskich", zeszyt VIII, z r. 1928.

S. Sterling - Okuniewski: „Odczyn skórny na działanie przesączu gruźliczego u chorych na gruźlicę". Odb. z czasopisma„ Gruźlica". Tom III, Nr. 3.